



ALAITZ SE DESPIDE HASTA EL AÑO QUE VIENE




TANIA RAMIREZ
NAROA REYERO
ASIER SANCHEZ

INDICE

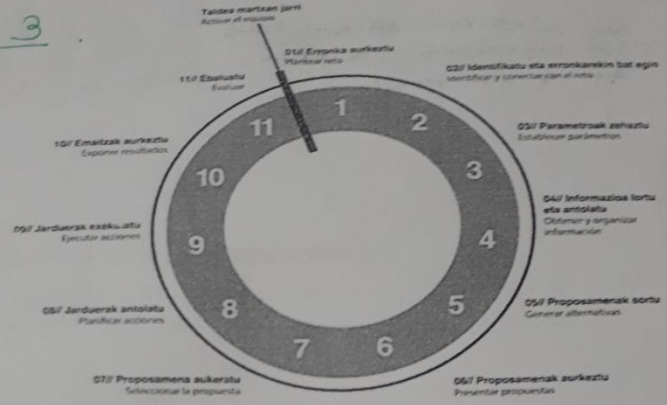
INTRODUCCIÓN	2
CONTEXTUALIZACIÓN	4
ACCIÓN TUTORIAL	6
MODIFICACIÓN DE CONDUCTA	9
JORNADAS	51
SEMINARIO	66
DOSSIER LABORAL	139
CONCLUSIÓN	143
BIBLIOGRAFIA	144
GLOSARIO	146

LA RUEDA



ESTRATEGIA DE PENSAMIENTO EN LA RESOLUCION AL RETO: PASOS A SEGUIR

Troko 3



NOTA: (Al menos 3 preguntas por miembro del equipo por parámetro y al menos tres alternativas por miembro del equipo que vayan dando solución al reto)

1_2.- RETO (¿Cuál es el problema?):

- que son la prevención de riesgos laborales infantiles.
- las diferentes discapacidades.
- cooperación internacional
-

3.-ESTABLECER PARAMETROS (CONTENIDOS QUE ABARCA EL PROBLEMA)

- que son los jornadas
- que es un seminario
- que soluciones hay para los problemas comunes de la infancia.

INTRODUCCIÓN

En este reto ayudaremos a Alaitz, como equipo educativo, a organizar y planificar el aula de niños y niñas de 48 a 72 meses. Comienza su última etapa y le han propuesto que forme parte del equipo de educación infantil del segundo ciclo. En este grupo le tocará organizar la fiesta de fin de curso y de manera especial se potenciará la cooperación internacional. Ya que está cerca el verano Alaitz va a participar en un programa de voluntariado y eso lo utilizará para trabajar en el aula la solidaridad.

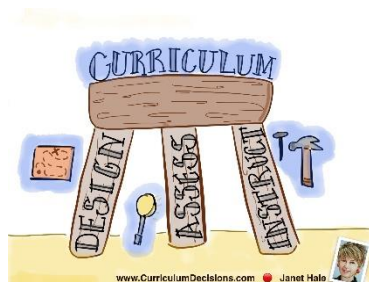


Por otro lado, por su buen trabajo a lo largo del curso le han comunicado que van a contar con ella para realizar tareas de apoyo educativo.

Debido a esto, le han ofrecido acudir a unos seminarios que serán en el Berritzegune. Los temas a tratar serán: Parálisis cerebral, Discapacidad intelectual, Discapacidad auditiva, Discapacidad visual, Autismo (Asperger) y Enfermedades raras. Por último, le han ofrecido ser delegada de prevención en el centro.



Para todo ello le han solicitado que presente su curriculum vitae.



CONTEXTUALIZACIÓN

Los niños y niñas son la parte más importante de nuestro trabajo y teniendo en esto en cuenta tenemos que trabajar la diversidad funcional en la edad temprana. Para ello la tutora o tutor del aula deberá observar a sus alumnos y alumnas y registrar las observaciones en su cuaderno. Con esas anotaciones sacará una evaluación la cual los aspectos a evaluar aparecen en el DCB (Heziberri en el país vasco). La tutora o tutor además de eso teniendo en cuenta el comportamiento de todos sus alumnos y alumnas deberá hacer una modificación de conducta la cual presentara a las familias en una acción tutorial. A parte de eso en el aula se harán actividades como la jornada de solidaridad y aprovechando eso conectaremos con alguien de otro país para realizar un Skype para informarnos sobre cómo es en dicho país la educación y la de fin de curso en donde tendrá que tener en cuenta también el DCB. Por último, la tutora o tutor deberá tener un curriculum vitae.



En esta etapa el desarrollo de los niños y niñas será de 48-72 meses. Para ello hemos realizado una revista en la que aparecen hitos, actividades y consejos relacionados con el mes indicado. Además habrá diferentes sugerencias para hacer en el verano y los riesgos laborales que puede haber en un aula infantil.

[8\revista.pub](#)



El desarrollo de los niños y niñas es muy importante. Alaitz aparte de saber eso, como tutora también debe tener la documentación necesaria, como por ejemplo el cuaderno del profesor, en el que debe registrar todo lo que pasa en el aula y todo sobre sus alumnos. Con esos registros hará una acción tutorial con las familias y les comunicará lo que tiene apuntado en ese cuaderno. Aparte de eso también tendrá que realizar una reunión grupal con todas las familias ya que se acerca el fin de curso en la que tendrá que hablar sobre el material, consejos, el seguimiento de curso de sus niños y niñas...

1. ACCIÓN TUTORIAL

Cuaderno del profesor/a

Hemos hecho un ejemplo del cuaderno del profesor, con los apartados que debe tener.

[Cuaderno de profesor.xlsx](#)

Antes de empezar la reunión grupal con las familias es importante que es una acción tutorial y que tipos de acciones tutoriales hay.



Reunión grupal

Acción tutorial

¿Qué es?

La acción tutorial es el conjunto de acciones educativas que ayudan al desarrollo y a resaltar las capacidades básicas de los alumnos y las alumnas, orientándoles para conseguir maduración y autonomía y ayudarlos a tomar decisiones, con vistas a un futuro, de acuerdo con sus necesidades, intereses y capacidades.

Tipos de acción tutorial

- **Académica:**

Es un proceso de acompañamiento de carácter formativo, orientador e integral desarrollado por docentes. Este tiene como finalidad dar a los estudiantes las herramientas y las ayudas necesarias para conseguir con éxito todos los objetivos académicos, así como personales y profesionales.

Este tipo de tutoría debe realizarse antes de que aparezca un problema académico o se tendrán que ejecutar ajustes para que los estudiantes tengan una formación adecuada.

- **De acompañamiento:**

Mediante este tipo de tutoría se pretende mejorar el rendimiento escolar y la integración social de los alumnos y alumnas de la educación básica que lo necesiten. Tiene 3 objetivos estratégicos: proporcionar el acceso de una educación de calidad para todos, enriquecer el entorno educativo e implicar a la comunidad local.

Este tipo de tutoría suele dirigirse a alumnos y alumnas que viven en ambientes socioculturales de desventaja socioeducativa. Pueden tener necesidades de carácter personal o sociocultural, estando en riesgo de marginación. Se considera, por tanto, que la educación es una responsabilidad colectiva.

Por todo ello, se suele recomendar que los padres también estén ahí para apoyar a sus hijos e hijas. Pero hay ocasiones en las que las familias consideran normal el retraso escolar y de difícil solución.

- **Grupal:**

Este método, pretende establecer una relación del tutor con sus alumnos y alumnas para favorecer el desarrollo de sus capacidades, así como para prevenir y, en su caso, identificar problemas de orden escolar, personal, familiar o social que afecten su proceso formativo, con el objetivo de ayudarlos a buscar soluciones.

- **Individual:**

Esta tutoría se lleva a cabo de manera personal y directa, en la cual existe un conocimiento preciso por parte del tutor de la personalidad del alumno o alumna y de sus respectivas necesidades, creándose un compromiso entre ambos, de respeto y confianza. Así ayudará al alumno

o alumna a tomar decisiones y a afrontar sus problemas, desarrollando las habilidades necesarias para ello.

Se utiliza generalmente con aquellos alumnos o alumnas que necesiten una ayuda extraordinaria que les ayude en momentos puntuales. La tutoría individual se caracteriza en la entrevista, ya que exige una relación personal e individualizada.

Por otra parte, el tutor debe estar preparado para todos los problemas que puedan parecer como, por ejemplo, saber cuándo el alumno o alumna necesita ayuda especializada.

- **Entre pares:**

Esta es otra forma diferente de llevar las tutorías en la cual son los mismos estudiantes los que tienen que estar preparados como tutores y tienen que atender y dar asesoría a sus propios compañeros de clase. Es un tipo de interacción basada en la propuesta del aprendizaje cooperativo, que implica el aprovechamiento de las capacidades de los estudiantes en función de un objetivo común.

- **En pequeños grupos:**

Esta tutoría será informativa y motivadora. Permite dar atención a grupos pequeños con situaciones similares en sesiones preestablecidas y buscando alternativas de solución.

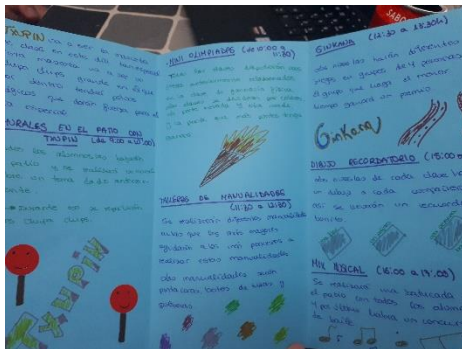
Será la primera toma de contacto con los alumnos con el objetivo de:

- Crear en los alumnos el deseo de solicitar ayuda, consejo y orientación.
- Concienciarles de la importancia del contacto personal con el tutor y se comprometan en un proceso de comunicación con él conveniente para su formación.
- Hacer saber a los alumnos que el tutor desea hacer "algo" por ellos, aunque las decisiones finales sean de su responsabilidad.
- Informar sobre cómo se van a desarrollar las tutorías, número de reuniones en pequeños grupos, número de entrevistas individuales, duración, calendario, modos de comunicación y lugar de reunión.

Para realizar la reunión grupal hemos preparado una presentación en la que hemos puesto imágenes sobre las actividades hechas durante el curso en los días especiales como el día de la Paz, el Olentzero..., algunos consejos para las familias para el curso siguiente y actividades para realizar en verano en familia. En esta reunión repartiremos un tríptico

para cada familia en el que resumidamente se explican las actividades que se harán en la jornada de fin de curso.

[Tríptico padres.pptx](#)



Además de eso hemos tenido que hacer un video que sería una simulación de una acción tutorial individual con las familias.

[Acción tutorial tania.mp4](#)

[Acción tutorial Asier.mp4](#)

[Acción tutorial naroa.mp4](#)

Seguiremos teniendo en cuenta los hitos de la revista, hay que saber que todos los niños y niñas son diferentes y en el aula pueden aparecer comportamientos inadecuados como pegar, robar... Estos comportamientos se intentarán eliminar mediante la modificación de conducta. Aparte hemos realizado como tutor/tutoras del aula 3 ejemplos de modificación de conducta de forma individual.

2. MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

La modificación de conducta implica la aplicación sistemática de los principios y las técnicas de aprendizaje para evaluar y mejorar los comportamientos encubiertos y manifiestos de las personas y facilitar así un funcionamiento favorable.

- Es un programa que se utiliza para cambiar comportamientos disruptivos, molestos o rechazados socialmente. También sirve para mantener conductas positivas que se dan con poca frecuencia y facilitar la aparición de nuevas conductas.
- Cuando observamos la conducta de una persona no analizamos el origen de esta, solo se busca cambiarla.

- Cuando aprendemos a cambiar la conducta, hay un cambio de pensamiento (cambio cognitivo) porque no lo hacemos por ganar una recompensa o por alegrar a nadie, es decir, no necesitamos un refuerzo externo, lo hacemos porque tenemos una razón propia, nos autorreforzamos a ello.
- Las técnicas para facilitar la aparición son: (facilitar no significa que siempre vayamos a conseguir lo que queremos, pero ayuda)
 - **Modificación del ambiente físico:** ordenar el lugar para fomentar o facilitar lograr nuestro objetivo o conducta esperada
 - **Comunicación positiva:** una comunicación positiva siempre va a facilitar lograr nuestro objetivo
 - **Instigación verbal:** decir lo que hay que hacer en varias órdenes concretas. A veces se puede
 - Ejemplo: al niño le da pereza coger el libro así que se le dan las siguientes ordenes:
 - Venga, Unai coge vamos a la biblioteca.
 - Venga, Unai, vamos a coger un libro.
 - Venga Unai lo leemos y lo devolvemos a la balda.
 - Que bien Unai, lo has hecho muy bien.
 - Cuando haga la conducta entera bien→ R+
 - **Modelado:** realizar una conducta para que la imiten y así la aprendan. El modelo y el observador tienen que tener atributos o cualidades en común, sino no se van a imitar las conductas.
 - **Moldeamiento:** es un proceso constituido por fases en las que se facilita la aparición de la conducta (ponerse la bata de pequeños)
 - 1. Identificar los elementos (la bata, los botones...)
 - 2. Coger la bata del colgador
 - 3. Estirar la bata en el suelo
 - 4. Meter las manos por los agujeros
 - 5. Levantar la bata y darle la vuelta para ponérsela en la espalda
 - 6. Atarse los botones´
 - 7. Realizar la conducta entera bien ella sola.
- Las técnicas para incrementar la conducta (cuando la conducta está aprendida pero no se hace)

- **Reforzamiento positivo:** es cuando tras realizar una conducta bien, se recibe una recompensa material, emocional... La recompensa debe ser un refuerzo que le guste a la persona, porque si no sin quererlo podemos convertir una recompensa en un castigo. Es recomendable recompensar con elogios antes que, con cosas materiales, porque al regalar algo material, esa recompensa material cada vez tiene que ser mayor, lo que supone un coste económico cada vez mayor.
- **Refuerzo negativo:** consiste en aumentar la frecuencia de la conducta deseada, reduciendo los estímulos aversivos o desagradables. Es decir, es disminuir los obstáculos que impide realizar la conducta deseada.
- **Contrato de contingencias:** es un contrato escrito en que las partes implicadas se comprometen a cumplir lo estipulado y a respetar los derechos del otro. -> Este es el último paso de toda la modificación de conducta, ya que se utiliza cuando ya no hay más estrategias.
- Técnicas para reducir o extinguir conductas:
 - **Reforzamiento diferencial de otras conductas:** consiste en reforzar cualquier conducta positiva que emita el sujeto excepto la que se quiere extinguir. La otra conducta que queremos quitar, evitarla totalmente y no tener ningún tipo de emoción ni acción ante a ello.
 - **Reforzamiento de conductas alternativas:** consiste en reforzar solo la conducta que queremos lograr. Si un niño nunca para, lo que haremos es reforzar cuando se sienta.
 - **Saciedad:** consiste en aplicar durante un corto lapso de tiempo, el reforzador hasta llegar al nivel de saturación. Hacerle repetir una conducta hasta que se harte tanto que la odie.
 - **Castigo:** cuando recibes algo que te hace daño (castigo positivo). Puede ser castigo físico o emocional. Castigo negativo es cuando tras realizar una buena conducta y recibir una recompensa positiva, tras realizar en el último momento una conducta negativa, te quitan ese refuerzo como castigo.
 - **Tiempo fuera:** consiste en separar a la persona que se está portando mal. Es recomendable castigar separando al niño tantos minutos como años tenga.

- **Economía de fichas:** consiste en dar un determinado de pegatinas o fichas al conseguir un objetivo previamente especificado. Al conseguir un límite de fichas el niño conseguirá una recompensa basada en sus gustos e intereses.
- Técnicas para mantener conductas modificadas:
 - **Reforzamiento intermitente:** para no tener un empacho de refuerzos positivos **SOLO** al **ADQUIRIR** conductas, habrá que ir reforzando cada semana menos
 - 1. Semana: reforzamos siempre
 - 2. Semana: reforzamos cada 2 días
 - 3. Semana: reforzamos cada 4 días
 - 4. Semana: reforzamos un día al azar
 - 5. Semana: reforzamos cada 10 días
 - Al final se consigue el auto refuerzo donde el niño se anima a sí mismo a hacer algo

A continuación os mostraremos unas modificaciones de conducta que se suelen dar en los niños y niñas de 0 a 6 años.

El fracaso de lavarse

Cuando los niños y las niñas son pequeños, algunos de ellos tienen problemas con el aseo (lavarse). Los niños y las niñas pequeños/as intentan lavarse solos, pero la mayoría no llega a lavarse correctamente sin supervisión hasta los 4 años.

Es un buen ejemplo ayudar al niño y a la niña a tomar buenos hábitos de limpieza, y así, con el paso del tiempo vera el lavarse como algo divertido. La limpieza en los niños y niñas es muy importante para las familias porque quieren que sus hijos e hijas estén lo más limpios posibles. Y si se les enseña desde pequeños, lo verán como algo rutinario.

Pero si les cuesta más es mejor seguir unas soluciones prácticas para que el niño y la niña consigan lavarse.

Lo primero, es ponerle las cosas al alcance, por ejemplo; si el lavabo esta alto, adecuarlo a su correspondiente altura, también que tenga a su alcance las toallitas, el jabón....etc.

Lo segundo, deja que el niño y la niña elijan sus propios útiles de limpieza, ya que así les será más fácil usarlos porque les parecerá divertido.

Es recomendable recompensar cuando se lavan, es decir, hacerle un seguimiento, cuando se lave las manos recompensando con un elogio, un gomets, para que el niño o la niña vea que lo que está haciendo lo está haciendo bien.

También hacerles una inspección diaria, fijarse si lo está haciendo correctamente y si de lo contrario, enseñarles sin regañarles.

Y por último, si lo dicho anteriormente no funciona habría que aplicar consecuencias. Si el niño o la niña ya son mayor y no se lava o no es capaz de hacerlo por él mismo, hay que decirle que si él no lo hace, hay que hacerlo por él.



Los que tiene pesadillas

Las pesadillas y los terrores nocturnos no son lo mismo, las pesadillas pueden llegar a ser aterradores, al contrario que los terrores nocturnos. Las pesadillas por causa de miedo, inseguridad o preocupaciones son reacciones de miedos comunes y normales a los sueños desagradables que se inician a los 3 años de edad, teniendo su punto máximo de 4 a 6 años.

Para quitar o aliviar las pesadillas es recomendable seguir unos consejos. Lo primero es tranquilizar y dar seguridad. Cuando el niño o la niña tienen una pesadilla lo primero que deben hacer las familias es despertarle y calmarle, decirle que todo está bien que solo ha sido un mal sueño.

Una gran causa de que tengan pesadillas es el exceso de programas de televisión violentos o de terror, por lo tanto hay que evitar que los niños y las niñas vean ese tipo de programas.

Si el niño o la niña tienen el mismo sueño una y otra vez, quiere decir que tiene ansiedad por algo. Y lo que debe hacer las familias es hablar del sueño sin ningún problema, que lo represente despierto y que termine el sueño con un final feliz.



El niño que no obedece

Muchos niños y niñas no obedecen a sus familias y por lo tanto las familias les regañan y discuten. Una de las primeras cosas que se debe hacer es dar al niño o la niña una serie de órdenes sencillamente fáciles. Otra cosa que se debe hacer es el tono en el que se le manda las cosas, debe de ser un tono adecuado, razonable. Pero algunos niños y niñas ignoran esas órdenes, son muy listos, porque saben el tiempo exacto que tardan sus padres en enfadarse lo suficiente como para obligarles a obedecer.

Para que el niño y la niña obedezcan adecuadamente las órdenes de los familiares intentar algunas de soluciones. Las familias deben definir lo que quieren con palabras sencillas. Algunas veces los padres dan demasiadas órdenes a la vez y el niño o la niña no es capaz de recibirlo todo, es recomendable dar al niño o la niña el número de órdenes que pueda recordar. Cuando haya cumplido las tareas nombradas, si es necesario, ir sumándole tareas.

Si por ejemplo, quiere que limpie su habitación, hay que expresárselo paso a paso, recoge los juguetes, cuelga la ropa...etc.

Otra idea que los niños y niñas harán cómodamente es convertir la orden en un juego, es decir, le dices al niño o a la niña "¿cuánto tiempo crees que tardaras en hacerte la cama?", preparados....listos....yaa!!!! ¡Muy bien solo has tardado 4 minutos! De esta manera el niño o la niña lo ven como un reto y se divierte a la vez que hace sus tareas.



El niño que se levanta durante la noche

Todos los niños se han levantado alguna vez en su vida durante la noche para llamar la atención.

A veces el insomnio puede ser también a causa de un problema médico o emocional, por eso si se sospecha que sea esa posibilidad hay que asegurarse, y si en el caso de que no fuera así y si desvelara noche tras noche habría que corregir ese comportamiento.

Si él bebe se levanta a causa de hambre, por estar mojado o por algún dolor, no puede ser ignorado pero en caso de que se trate de un niño que se encuentre bien, la ignoración sistemática puede que ayude a que se duerma, en la cual hay que tener en cuenta lo siguiente: **Observar el modelo:** ¿Qué hace cuando sale de la cama?, ¿A quién llama?, ¿Qué hace si nadie le contesta?, ¿Pide agua cada noche? (Hay que poner un vaso lleno a su alcance), y si los padres no contesta ¿vuelve a dormirse?. **Desarrollar un plan de actuación:** Poner al niño en la cama, firme pero cariñosamente, desearle las buenas noches e irse de la habitación. Decidir cuánto tiempo se dejará pasar antes de ir a verle, en caso de que se despierte y llame (el tiempo de espera no debe ser mayor de 20 minutos, ni menos de 5 minutos).

Si el niño no para de llorar, pasado un tiempo determinado, se debe ir a su habitación y decirle con firmeza y un tono de voz grave que se tiene que dormir, después darle las buenas noches y salir de la habitación. **Tiempo para llorar:** Haga un control del tiempo que el niño se basa llorando o llamando, así se podrá comprobar sus progresos. Cuando el niño aprenda que los padres no responderán a sus llamadas, habrá un aumento de lágrimas pero disminuirá la duración.

Con un niño algo mayor puede ser eficaz la ignorancia sistemática, aunque a veces también puede requerir ayuda para dormirse de nuevo. **Utilice las técnicas de relajación. Utilice la práctica positiva:** El jugar un papel durante el día, dando al niño claves para conseguir dormirse por la noche. Se le puede sugerir pensar en una escena pacífica, tranquilizadora y monótona (por ejemplo: las olas del océano, unas ovejitas saltando o dejándole practicar el abecedario).

Se debe proporcionar al niño o la niña material para diversas actividades tranquilas, libros, animales de peluche para que le hagan compañía y no necesite llamar si se despierta.

Deje que el niño o la niña ganen puntos y recompensas por despertarse pocas veces durante la noche a medida que vaya reduciendo las veces que se levante.

Espaciar las recompensas haciendo que cuesten más. Al principio una noche sin despertarse puede significar ganar una recompensa, después son necesarias dos, después tres.



Los niños y niñas adictos a los videojuegos

Hoy en día los niños y las niñas son adictos a los videojuegos porque les encanta estar en contacto visual con la pantalla, el sonido...

Los niños y las niñas a través de los videojuegos pasan más tiempo en el ordenador que en la calle, que es donde deberían estar. Si las familias consideran que sus hijos e hijas están obsesionados con los videojuegos se deben tratarlo mediante normas.

Si el niño o la niña nunca ha jugado a los videojuegos es mejor reservarse la opinión hasta haberlo probado.

Otra manera de evitar que use tanto los videojuegos es emplear la



saciedad, es decir, dejar al niño o la niña que juegue tanto como él quiera hasta que se canse y así deje de jugar por él mismo.

Salir de la cuna

Puede ocurrir que un bebé quiera salir de su cuna. Para ello, el bebé se pone a trepar y es posible que se haga daño. Además, es una conducta que se debe evitar y si es inevitable, hay que hacer que sea seguro. Así pues, existen una serie de tácticas que se pueden llevar a cabo para impedirlo:

- En caso de que el colchón sea movable, hay que ponerlo en el punto más bajo posible para que el bebé no pueda salir.
- Se puede decorar la cuna para que se le haga más atractiva al bebé y no quiera salir.
- No se debe usar la cama como castigo. El bebé debe de asociar la cuna solo para dormir.
- Se tienen que apartar los objetos que le sirvan al bebé de escalón. Además, cuando el bebé sea lo suficientemente grande, se tienen que quitar los amortiguadores.

Por otro lado, tenemos que aprender a decirle que ¡NO! al bebé. Se le tiene que informar al bebé con voz firme de que no puede salir de la cuna. Aunque hasta los 8 meses no comprende en lenguaje, ya comprende los tonos de voz.

En caso de no poder detener al bebé, se pueden seguir los siguientes pasos:

- Hay que comprobar que no hay peligro en la habitación. Para ello, se tiene que amortiguar toda la habitación mediante almohadas y almohadillas.
- Se tiene que cambiar la cuna por la cama. Muchos autores no ven conveniente el cambio de este. Sin embargo, lo importante es la seguridad el bebé, por lo que se debe conseguir que el cambio sea un gran acontecimiento.
- Es importante dar premios al bebé y hacer hincapié en su madurez. Además, hay que enumerar claramente las normas para acostarse y vigilar hasta que el nuevo comportamiento se cumpla.
- Hay que usar el refuerzo positivo. Cada vez que el bebé esté dentro de la cuna despierto y tranquilo, mostrarle entusiasmo por el logro.
- No se deben usar barreras ni impedimentos. Pueden ser psicológico y físicamente peligrosos.



Prescindir del biberón

Después de un tiempo tomando el biberón, el niño o la niña deberá dejar de tomar la leche por él y pasar a tomarla desde una taza. Es importante que cuando llegue ese momento, el educar bien al niño o la niña para que lo haga. Pero, puede ocurrir que en muchos casos se les haga difícil a los padres el pasar del biberón a la taza, pues se preocupan de que el bebé no tome suficiente leche.

Una vez se tome la decisión de cambiar el biberón por la taza, se puede hacer más fácil siguiendo estos pasos.

Por un lado, hay que realizar un planteamiento de antemano:

- No hay que dejar que el niño o la niña dependa del biberón. Cuando se le va a dar de comer, no hay que sostener el biberón, sino al bebé.
- No tiene que usar el biberón como chupete.
- No hay que darle el biberón en la cama cuando vaya a dormir, pues puede causar caries graves.
- A los 6 meses hay que enseñarle a beber de una taza. Para ello, hay que comprarle una taza de colores, para que el niño o la niña pueda identificar fácilmente cuál es su taza. Además, puede ser con tapa para que no derrame el líquido.

Por otro lado, hay que tomar una decisión en cuanto al momento para dejarlo. A pesar de que generalmente es trabajo de los padres de decidir cuándo se debe quitar el biberón, también se puede consultar con un pediatra o dentista. Además, si el niño o la niña no muestran interés por el biberón, se puede aprovechar ese momento. De lo contrario, se elige un día cualquiera y hay que aferrarse a la idea. Para ello, se pueden seguir las siguientes técnicas, separadas o juntas:

- Diluir el biberón. Insertar agua en el biberón que tenga leche o zumo para que sepa peor. Al mismo tiempo, ofrecerle al bebé leche o zumo de una taza sin diluir.
- Cambiar la tetina al que el niño o la niña esté acostumbrado por otra diferente.
- Una vez tomada la decisión de quitar el biberón, no echarse atrás. Decirle al niño o la niña que ya es mayor y no necesita el



biberón. Además, hay que hacerles partícipes del empaquetamiento del biberón y hay que deshacerse de él cuanto antes.

- Cuando el niño o la niña coja por primera vez una taza, hay que elogiarle y decirle lo bien que lo ha hecho y lo mayor que es.

El niño o niña que quiere utilizar otros cuartos de baño

Muchos niños y niñas que ya controlan sus esfínteres, puede que solo se sientan a gusto utilizando el baño de su casa o el de otros familiares cercanos.

No obstante, hay otros niños y niñas que sienten curiosidad por saber cómo son los otros baños. Pero el problema viene con los niños y niñas que tienen dificultades para usar otros baños. Estos, en la edad adulta puede que conserven ese pavor.

En primer lugar, hay que identificar los miedos. Para ello, se deben utilizar las habilidades sociales para hablar con el niño o la niña. Además, hay que entrar con ellos en el cuarto de baño para poder observar que es lo que les preocupa. Y lo más importante, los padres nunca deben menospreciar los miedos de los niños y niñas y deben elaborar un plan para superarlos. Una vez que el miedo haya sido identificado, hay que empezar por llevarlos a unos cuartos de baño que se les haga más fácil superarlo, esto es, hay que hacer una lista y hay que dejar al niño o la niña que escoja porque cuarto de baño quiere comenzar.

Después, hay que ayudar a los niños y niñas a hacer frente a la suciedad y a los gérmenes, pues muchos niños y niñas no quieren usar baños ajenos debido a ello. Es importante acompañar al niño o niña al baño para ver a ver si es ese el problema. En caso de serlo, es recomendable limpiar antes el cuarto de baño o hablar con el dueño para que tome medidas higiénicas.



Por último, hay que enseñarles a desensibilizarse de los miedos. Puede ocurrir que el niño o la niña sean muy sensible a los olores y a la visión del aseo público. Por ello, hay que enseñarles a superarlo y a desensibilizarse de los miedos. Así pues, se les puede acompañar al baño y hay que hacerles que miren y que huelan el ambiente hasta que dejen de preocuparles. Hay que hacer que vea que el olor y el ambiente es menos notable pasado un tiempo. Para que sea capaz de superarlo cuanto antes, hay que premiarlo.

El niño o niña que contiene la respiración

La primera vez que un niño o una niña contienen la respiración es una experiencia que produce mucho miedo y es una situación muy difícil de ignorar.

Rara vez la contención de la respiración responde a una causa médica. Es más bien algo aprendido que sirve para atraer la atención de la gente. Para enfrentarse a este problema se pueden seguir los siguientes pasos.

En primer lugar, aunque rara vez se asocie a un problema médico, es recomendable consultarlo con un profesional. Un problema respiratorio o circulatorio puede provocar que el niño o la niña se ponga cianótico/a cuando está muy excitado/a. Si el niño o la niña está perfecto/a de salud, se puede llevar a cabo el siguiente procedimiento para eliminar el problema.



Hay que buscar un lugar seguro para que el niño o la niña no puedan hacerse daño. Un lugar enmoquetado o la cuna son lugares seguros. La cama, sin embargo, no porque podría caerse. Además, los objetos punzantes deberían estar guardados y las esquinas deberían estar forradas.

Por otra parte, una vez el espacio sea seguro, se debe de ignorar al niño o niña. En caso de que el niño o niña persista en contener la respiración, es mejor llevar al lugar seguro y:

- Irse del campo de visión del niño o niña. Si contiene la respiración para llamar la atención, se verá enseguida, pues el niño o niña les seguirá o se parará en seco.

- Hay que mantenerse ocupado. Si no se ve conveniente dejarlo, hay que mantenerse ocupado, esto es, como si se estuviera desinteresado.
- Es recomendable ser pacientes ante este comportamiento. El hecho de ignorarles no es fácil y puede que los padres se hagan la pregunta de a ver si volverá a respirar. Ellos mismos deben elogiarse y relajarse. Todo esfuerzo será recompensado.

Asimismo, no solo debemos tener en cuenta los comportamientos negativos del niño o la niña, sino que también debemos tener en cuenta los comportamientos positivos. Cuando el niño o la niña no estén conteniendo la respiración se puede buscar un acontecimiento positivo para poder celebrarlo. También se puede les puede mostrar más cariño cuando no están conteniendo la respiración y podrían haberlo hecho. En caso de que el niño o niña sea ya mayor y entienda el "no" sin pataletas se puede ser mimoso con él o ella ofreciéndole una sorpresa por su cooperación.



Por último, se pueden utilizar otras alternativas a la técnica de ignorar, ya que puede darse el caso de que no funcione. Otras tácticas pueden ser la de colocar a la criatura de pies y darle unas palmaditas suaves en la cara o la de ponerle una toalla con agua fría en la frente para que vuelva a respirar. Es conveniente que se haga con firmeza. Cuando los episodios de contención de la respiración hayan acabado, es recomendable no reñirles, pero tampoco se debe ceder a las peticiones que dieron lugar al incidente.

El niño o niña que no puede tragar pastillas

Todos los niños y niñas deben aprender en algún momento a tomar una pastilla, pues muchos de los medicamentos de los adultos son en forma de pastilla. Los bebés se toman la medicación de forma líquida o en tabletas masticables, pero se espera que los más mayores se tomen las pastillas sin traumas. Si la primera experiencia de tomar pastillas es aterradora, puede causar un trastorno durante un tiempo. Para que el niño o la niña sea capaz de hacerlo, hay que enseñarles a hacerlo:

- Hay que ser un modelo. Enseñarles que las pastillas no son dulces y que no se las tienen que tomar sin permiso. Después, dejar que los niños y niñas observen como los adultos se toman las pastillas.
- Los adultos tienen que conseguir que los niños y niñas los imiten. Hay que decirles que se imaginen a ellos mismo tomándose una pastilla. Pedirles que señalen ellos el punto donde está la pastilla y decirles que luego tienen que absorberla para atrás.
- Luego, es recomendable que el niño o la niña se tome un trozo, más pequeño que la pastilla, de cualquier alimento. Se debe ir aumentando el tamaño del trozo del alimento hasta llegar al tamaño de la pastilla. Algunos niños y niñas necesitan más tiempo que otros.
- Se puede intentar también con un dispositivo, que hay en algunas, para tomar pastillas. Los trozos no deben ser más grandes que las pastillas.
- También se puede practicar con una tableta masticable. Hay que romper la tableta en trozos pequeños y pedirle al niño o niña que se los coma uno por uno.



El niño que no quiere hacer los deberes o no quiere estudiar

Determinar lo que se solicita

Consiga información del niño: durante el curso los padres empezaran a saber sobre los deberes y exámenes del niño. Por ello, se debe organizar con el niño: los lunes y jueves matemáticas, por ejemplo. Al volver del cole le preguntara que ha hecho durante el día y si tiene deberes. Si su respuesta es no tengo, dígame que le enseñe la agenda. Con este método podrá controlar lo que hace y también le mostrara que le interesa lo que está aprendiendo.

Consiga información de la escuela: una entrevista con el maestro es lo mejor para que los padres sepan que se espera de los niños n ese curso y todas las preguntas referentes a exámenes, deberes y trabajos a realizar.

Desarrollar un plan de deberes

Hay que establecer un plan de estudio. Cada niño es diferente y por lo tanto hay que empezar experimentando cuando es el mejor momento para el niño para ponerse a trabajar. Con estos niños al principio hay que tener vigilancia estricta y luego dejar más independencia.



Sugerencias:

-Buscar un momento concreto: concretar una hora para hacer los deberes que le venga bien al niño.

-Crear un lugar para trabajar: un lugar tranquilo, bien iluminado y equipado. Con esto también se hará cargo de su material escolar.

Vigilar y reforzar los comportamientos de estudio

Aislar el problema: tratar de comprender razones. Conseguir respuestas:

- ¿Hay un tema específico que no quiere abordar?
- ¿Se distrae fácilmente?
- ¿Se trata de un problema cotidiano o es ocasional?

Modifique el horario si fuera necesario: hay que ver si es necesario rehacer el plan.

Utilice hechos normales para reforzar el estudio: una tarea, diez minutos de tiempo libre por ejemplo.

Haga un gráfico del tiempo de estudio: establecer metas específicas para el tiempo empleado en estudiar, incrementando los periodos de estudio gradualmente, si fuera necesario.

Enseñar técnicas de organización y estudio

Revise los deberes

Divida los deberes en pequeñas partes más asequibles.

Enseñe al niño a distribuir el tiempo.

De un ejemplo de planificar con anticipación: tener los trabajos de largo plazo planificados.

Repaso de deberes.

Proporcionar refuerzos adicionales

Elogie el esfuerzo: no hay que buscar la perfección y no hay que olvidarse de elogiar al niño.

Sea positivo.

Proporcione refuerzos adicionales cuando sea necesario (recompensar al niño).

Utilizar consecuencias negativas

Elija una consecuencia rápida, que suceda enseguida, para que tenga efectos inmediatos.

Dar al niño responsabilidad paulatinamente

Es mejor que los padres colaboren con los esfuerzos del niño que determinarles los deberes.

Retírese: hay que disminuir el papel de vigilantes.

Deje que el niño coja responsabilidades: deberá poder hacer los deberes solo.



El niño que se muerde las uñas

Enséñale a relajarse

-Relajación de las manos: el niño debe tener sus manos cerrando el puño y manteniéndolo cerrado, contando 15. Se repetirá hasta que tenga las manos relajadas.

-Relajación de boca y mandíbula: apretar los labios, apretar los dientes y sonreír ampliamente. Respirar por la nariz profundamente.

Practica: un día durante una semana o más hasta que reconozca que la tensión de su

rostro y sus manos es la que le conduce a morderse las uñas.



Enseñar a ser consciente

-Utilice comparaciones: comparar las suyas con las de los padres, enséñale manos bonitas de revista, hacer comentarios cuando veas manos bonitas.

-Anímale a ser consciente de su aspecto: determine como se muerde las uñas.

-Anímale a ser consciente de cuando y donde lo hace

-Efectúe un recuento de este hábito: haga una lista de los momentos y sitios.

Cambiar la situación, romper la asociación

-Proporcionarle una alternativa: dele un amuleto que lo pueda llevar a todos los sitios y cuando tenga ganas de morderse las uñas que juegue con él.

-Cambie o evite las situaciones que se asocien a este hábito.

Enseñar a interrumpir el hábito

-Sustituya el gesto el niño debe practicar técnicas como sentarse encima de sus manos.

El niño debe practicar: cuando le vea mordiéndose las uñas hágale que practique la técnica aprendida.

Reforzar y motivar

- Elogie y señale sus procesos: demuéstrole como sus dedos están menos rojos y le están creciendo las uñas.
- Utilice motivaciones positivas: averigüe que le ilusiona
- Enséñele a cuidarse las uñas: una manicura cuidada le enseñara a cuidarse.

Tiranos y bromistas

Identificar las razones

Porque razón actúa así: hágale preguntas

- ¿Esta el niño sobre compensado?
- ¿Se le ha fomentado el comportamiento?
- ¿-Es el niño más robusto y dominante que sus compañeros?

Modelar el comportamiento apropiado

Dé ejemplo de comportamiento que pretende que imite. Deje de tomar el pelo. Revise su sentido del humor, sus ideas sobre lo que es divertido.

Enseñar al niño las cualidades positivas del liderazgo y otras alternativas

-Disfruta las burlas y las tomaduras de pelo.

-Utilice juegos de roles. Alterne turnos en los que se interpreta el papel del agresor y de víctima.

-Señale las buenas y las malas conductas a través de personajes de televisión, libros...

-Elogie al niño: haga que sepa que usted le encuentra maravilloso por utilizar estas técnicas.

Cambiar los escenarios del juego

Un cambio del grupo de juegos convertirá a un tirano en un niño más controlado, especialmente si el grupo está compuesto por personas de varias edades.

Utilizar consecuencias negativas



Se debe comunicar al niño que existirán consecuencias si continúa tiranizando. Las consecuencias pueden incluir tiempo en el rincón, pérdida de un juguete o la pérdida de privilegios.

Reforzar y elogiar las conductas positivas

Da siempre una respuesta positiva a las conductas bien encaminadas.

Miedo a los insectos

Prevenir el miedo

- Mantenga un buen ejemplo: cuando se producen las primeras reacciones del niño frente a los insectos, no hay que demostrar un excesivo miedo.
- No reaccione excesivamente: no se aterrorice si el niño coge algún insecto.
- Enséñele al niño como controlar los insectos: se le debe enseñar como deshacerse de ellos de forma correcta
- Eduque al niño: los insectos son fascinantes. Háblele del equilibrio de la naturaleza y del importante papel de ellos en el ambiente.



Ayudar al niño a superar el miedo

- Aísle el miedo: determine cuáles son los insectos que más le asustan y muéstrele dibujos que los identifique.
- Disfruta el miedo: es bueno decirle que los insectos son inofensivos y pueden ser útiles.
- Desensibilícese del miedo: relajación y afirmaciones positivas.
- Proporcione al niño experiencias con el insecto: animarle a sostener un tarro donde este el animal.

Utilizar elogios

Elogiar al niño por controlar los insectos. Hay que recordarle que no siempre es necesario matarlos. Utilice recompensas naturales por haber superado el miedo.

Robar

Enseñar al niño que es la propiedad

- Explique las compras: el niño tiene que saber que se tiene que pagar por cada producto.
- Enséñale el significado de poseer: enséñele que cosas de la casa le pertenecen y cuales no y que las cosas personales se cogen pero pidiendo permiso. También hay que hacer juegos de prestar y devolver.
- Discuta las acciones del niño: si un niño coge algo que no es suyo hágale saber cómo se sentiría el si pasara al revés. Hágale que lo devuelva y que diga lo siento para que se vaya acostumbrando.
- Trabaje en busca de las disculpas: se debe practicar con la capacidad de excusarse.

Enseñar a controlar los impulsos

Todos los niños tienen los impulsos de coger cosas que no son suyas, en esos casos hay que decirle que no le pertenecen.

Califique la acción por lo que es

Cuando el niño coja algo rápidamente se intentara hablar con él en privado. Dígale que lo tiene que devolver. Es importante no ser acusador, ni hostil, ni desdeñoso, hay que hablar con claridad y frialdad, sin dar la impresión de que el niño es malo.



Aplicar consecuencias negativas

- Debe pasar la acción: hágale sugerencias, llegue a un acuerdo y vuelvan donde estaban.
- Añada una consecuencia natural: para conseguir una impresión duradera, se aplicara una consecuencia.

Recompensar el comportamiento honrado

Es importante el refuerzo del comportamiento honrado de manera constante como aplicación de consecuencias por la falta de honradez. Hay que comportarse normalmente y a medida que el niño demuestra su nueva honradez, elogiarle profundamente.

Proporcionar vigilancia

- Comparta la responsabilidad con los demás.

- Busque al niño actividades para después del colegio.
- Vigile al niño que tiene la llave.

Ahora os enseñaremos las modificaciones de cada uno/a.

- ✓ **Modificación de conducta de Tania**

TECNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

FASE DE EVALUACIÓN

Nombre y apellidos: Imanol Gutiérrez

Nombre del observador: Tania Ramírez

1.- Identificación y descripción del problema.	Imanol no obedece
2.- Definición operativa de la conducta.	Imanol no obedece cuando vamos hacer una actividad en grupo, concretamente, en la de puzzles de 12:00 a 13:00h
3.- Formulación de objetivos finales.	Lograr que Imanol obedezca
4.- Análisis funcional: Línea base.	Observación: Registro * Grafico **
Identificación de las características relevantes.	Antecedentes: no tiene antecedentes Consecuentes: no tiene consecuentes Análisis biológico del niño: está todo bien

REGISTRO

Nombre y apellidos: Imanol Gutiérrez

Nombre del observador: Tania Ramírez

Conducta que observar: Imanol no obedece

12:00 a 12:30H

X: Imanol no obedece

X: 80 veces no obedece en toda la semana

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
lunes	X			X	X			X		X	X	X			X	X		X		X	X			X	X	X	X				
Martes	X	X		X		X	X		X		X		X	X			X	X	X			X			X		X				
miércoles	X	X	X			X			X	X	X			X	X			X	X			X	X		X				X	X	X
Jueves	X			X		X		X		X	X	X			X	X	X				X	X	X					X	X	X	
Viernes	X	X				X	X				X	X				X	X			X	X		X	X			X	X	X	X	

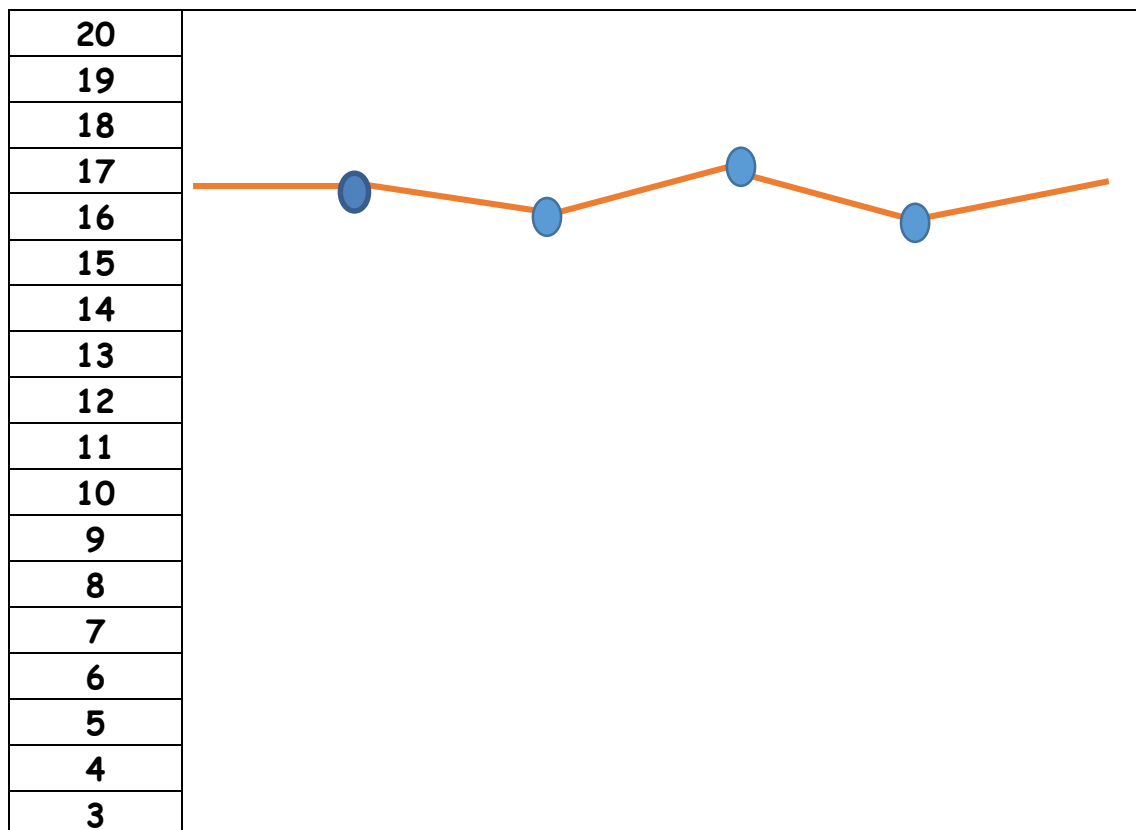
LÍNEA BASE

Nombre y apellidos: Imanol Gutiérrez

Nombre del observador: Tania Ramírez










Conducta que observar: Imanol no obedece

X: Imanol no obedece



2					
1					
0					
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES

FASE DE INTERVENCIÓN

<p>2.- Elaboración del programa de intervención.</p>	<p>Objetivos intermedios: Dejarle que no obedezca 6 veces a la semana.</p> <p>Reforzadores: UNA GALLETA MARIA UN JUGUETE FAVORITO " EL CAMION DE LA PATRULLA CANINA "</p> <p>Técnicas: ECONOMIA DE FICHAS</p> <p>Quién: Tania Ramírez Cuándo: Observo Dónde: En el aula de 12:00 a 13:00h</p>														
<p>3.- Aplicación del programa.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>OBJETIVO</th> <th>FICHAS</th> <th>REFORZADORES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="560 1312 799 1536">Que obedezca cuando le mande que se siente</td> <td data-bbox="799 1312 991 1536">  1 Fichas </td> <td data-bbox="991 1312 1283 1536">10 FICHAS Una galleta maría</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 1536 799 1895">Que obedezca cuando le diga que comparta su puzle con sus compañeros</td> <td data-bbox="799 1536 991 1895">  2 Fichas </td> <td data-bbox="991 1536 1283 1895">20 FICHAS Jugar con su juguete favorito el perro de la patrulla canina durante 10 minutos</td> </tr> <tr> <td data-bbox="560 1895 799 2020">Que obedezca cuando le</td> <td data-bbox="799 1895 991 2020">  3 Fichas </td> <td data-bbox="991 1895 1283 2020">30 FICHAS Jugar 10 minutos más con la</td> </tr> </tbody> </table>	OBJETIVO	FICHAS	REFORZADORES	Que obedezca cuando le mande que se siente	 1 Fichas	10 FICHAS Una galleta maría	Que obedezca cuando le diga que comparta su puzle con sus compañeros	 2 Fichas	20 FICHAS Jugar con su juguete favorito el perro de la patrulla canina durante 10 minutos	Que obedezca cuando le	 3 Fichas	30 FICHAS Jugar 10 minutos más con la		
OBJETIVO	FICHAS	REFORZADORES													
Que obedezca cuando le mande que se siente	 1 Fichas	10 FICHAS Una galleta maría													
Que obedezca cuando le diga que comparta su puzle con sus compañeros	 2 Fichas	20 FICHAS Jugar con su juguete favorito el perro de la patrulla canina durante 10 minutos													
Que obedezca cuando le	 3 Fichas	30 FICHAS Jugar 10 minutos más con la													

	diga que colabore con los compañeros		plastilina en la hora de plástica	
4.- Evaluación continúa de la intervención.	Observación Registro Grafico			
5.- Desvanecimiento del programa.	Después de comprobar que vamos teniendo éxito, desvanecemos el programa con reforzadores intermitentes , hasta llegar al autorrefuerzo y autocontrol.			

REGISTRO

Nombre y apellidos: Imanol Gutiérrez

Nombre del observador: Tania Ramírez

Conducta que observar: Imanol no obedece

X: Imanol no obedece

X: Imanol 6 veces no ha obedecido en toda la semana

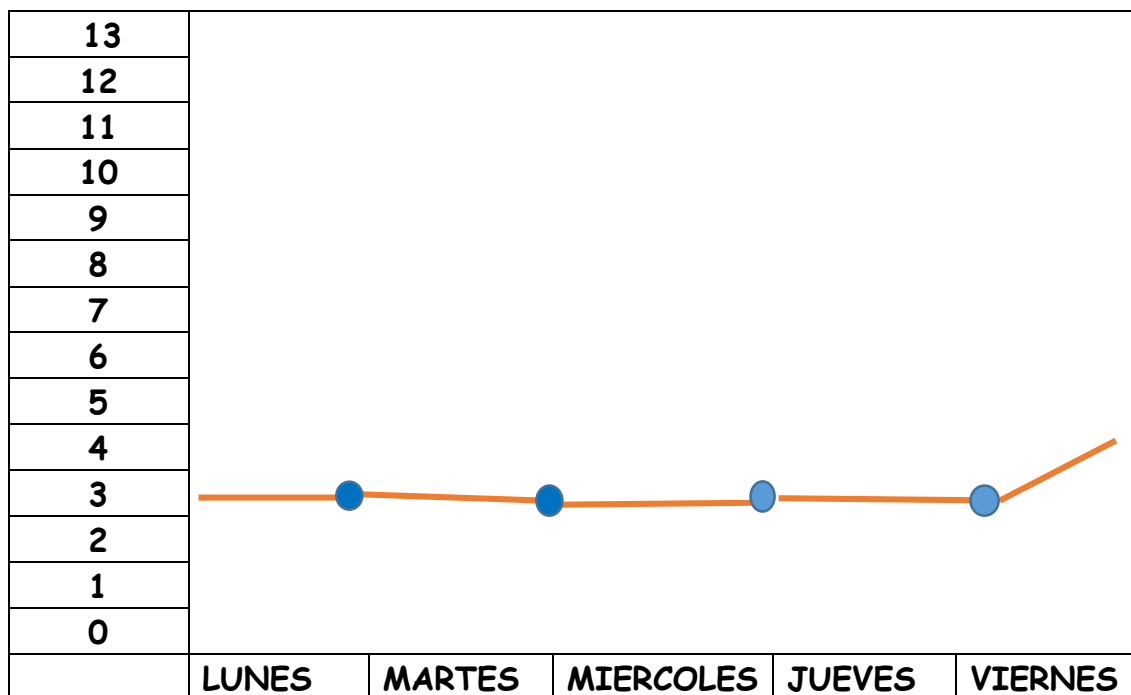
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
lunes	X																													
Martes									X																					
miércoles																					X									
Jueves																														X
Viernes		X													X															

LÍNEA DE INTERVENCION

Nombre y apellidos: Imanol Gutiérrez

Nombre del observador: Tania Ramírez

Conducta que observar: Imanol no obedece



FASE DE SEGUIMIENTO

1.- Programación del seguimiento.	A lo largo de 1 mes y 1 sondeo
2.- Mantenimiento y generalización del cambio.	Mantiene la conducta, va muy bien, también en casa con su familia cuando juegan con puzles utilizan esta modificación.
3.- Evaluación del seguimiento.	Observación: Registro * Grafico **

REGISTRO

Nombre y apellidos: Imanol Gutiérrez

Nombre del observador: Tania Ramírez

Conducta que observar: Imanol no obedece

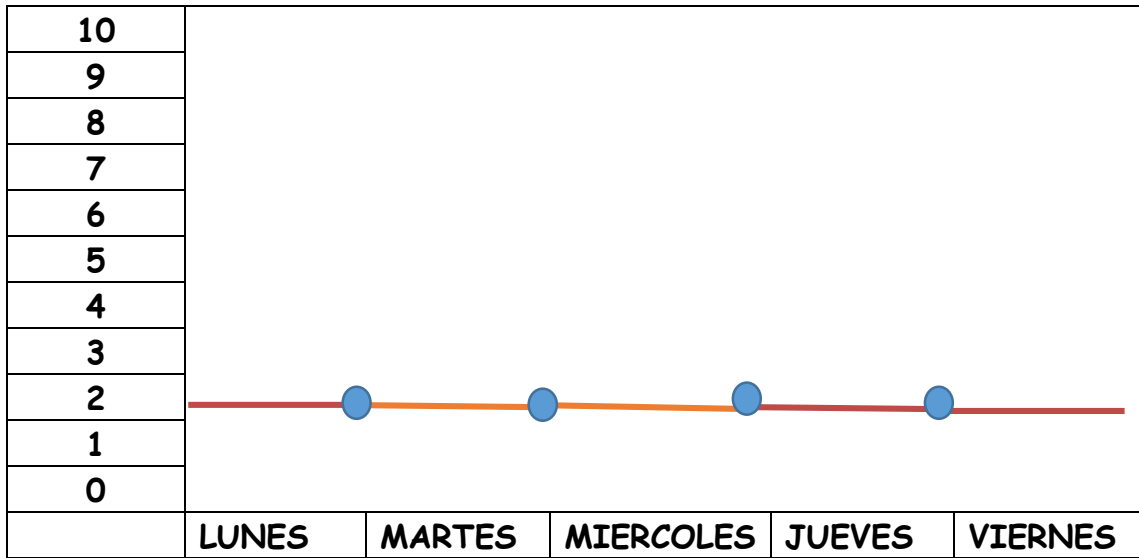
X: Imanol no obedece

X: Imanol ha obedecido en toda la semana

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
lunes																														
Martes																														
miércoles																														
Jueves																														
Viernes																														

LÍNEA BASE DE SEGUIMIENTO

Nombre y apellidos: Imanol Gutiérrez
Nombre del observador: Tania Ramírez
Conducta que observar: Imanol no obedece



CONCLUSION

Quando Imanol está en el aula, en la actividad de puzles concretamente, no obedece a ningún tipo de orden.
Por lo tanto, como tutora, he decidido realizar una modificación de conducta, aplicando la técnica de "economía de fichas", a lo largo de las

semanas he ido observando a Imanol realizando registros. Y al final el objetivo se ha realizado con éxito.

✓ **Modificación de conducta de Asier**

TECNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

FASE DE EVALUACIÓN

Nombre y apellidos: Iván Rodríguez

Nombre del observador: Asier Sánchez

1.- Identificación y descripción del problema.	Iván pinta las paredes y los muebles
2.- Definición operativa de la conducta.	Iván en la hora de plástica (10 a 10:30h) pinta la mesa y la pared con ceras de colores
3.- Formulación de objetivos finales .	- Dejar de pintar la mesa - Dejar de pintar la pared
4.- Análisis funcional: Línea base.	Observación: Registro * Grafico **
Identificación de las características relevantes.	Antecedentes: No hay antecedentes Consecuentes: No hay antecedentes Análisis biológico del niño:

REGISTRO

Nombre y apellidos: Iván Rodríguez

Nombre del observador: Asier Sánchez

Conducta que observar: Iván pinta las paredes y los muebles

HORA: 10 a 10:30H

X: Iván pinta (85 Veces)

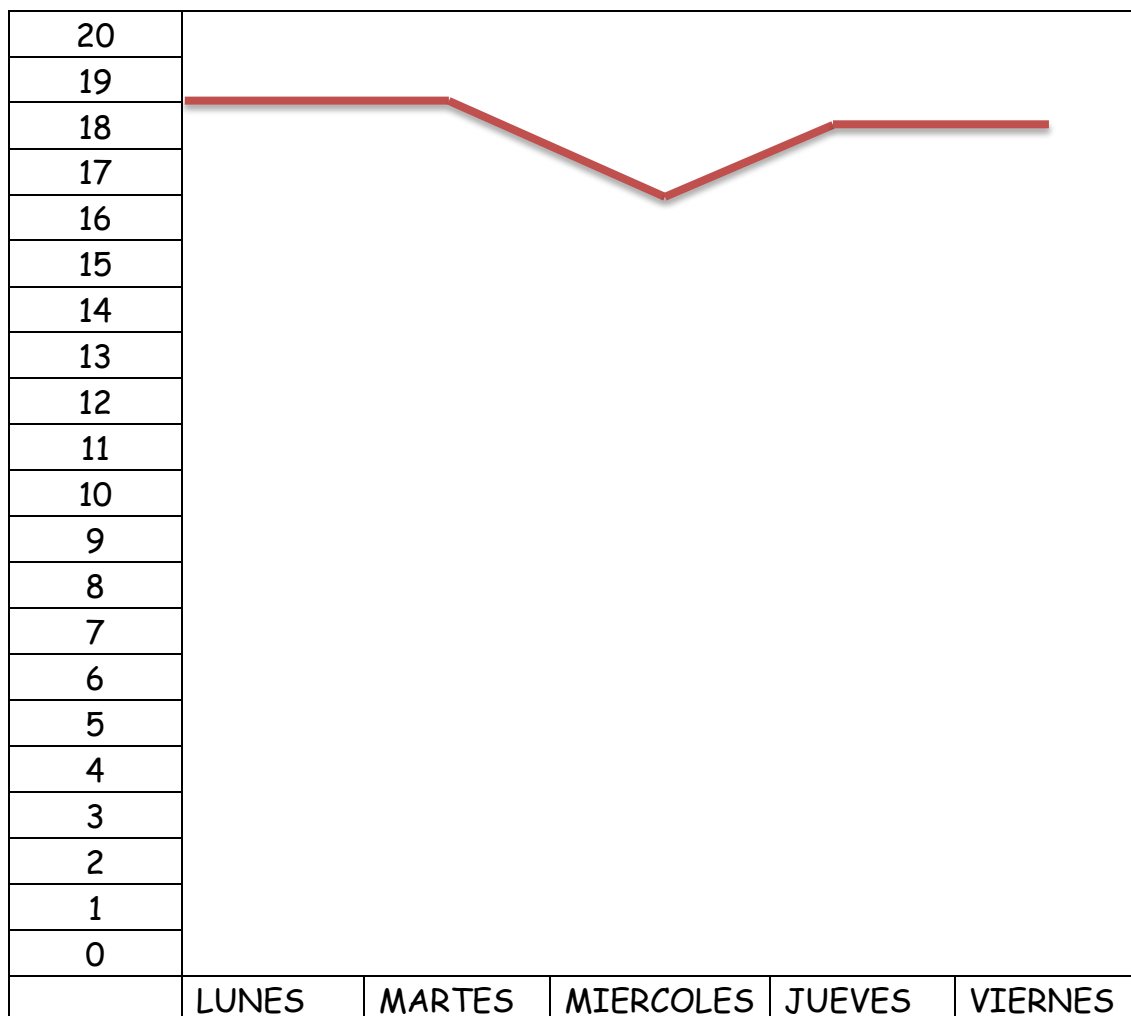
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
L u n e s	X	X		X			X	X	X		X		X		X	X		X	X	X	X			X	X	X				X
M a r t e s	X		X	X	X	X		X		X				X	X		X		X		X	X	X	X	X		X		X	
M i é r c o l e s	X	X	X			X			X	X	X			X	X	X	X			X	X			X					X	
J u e v e s			X			X	X	X	X	X	X			X			X		X		X		X	X	X			X	X	X
V i e r n e s	X	X	X	X			X		X		X	X	X		X	X			X		X		X	X				X		X

LÍNEA BASE

Nombre y apellidos: Iván Rodríguez

Nombre del observador: Asier Sánchez

Conducta que observar: Iván pinta las paredes y los muebles



FASE DE INTERVENCIÓN

2.- Elaboración del programa de intervención.

Objetivos intermedios:

- Lograr que no pinte 4 días a la semana
- Permitirle pintar 2 veces a la semana

Reforzadores:







- Chocolatina
- Galletas
- Canción favorita (Pintxo pintxo)

Técnicas: Economía de fichas

Quién: Asier Sánchez

Cuando: Cuando observo

Dónde: En el aula

3.- Aplicación del programa.	OBJETIVO Que no pinte la mesa ni las paredes cuando trabaja en el txoko	FICHAS 3 fichas 	REFORZADORES 10 fichas=> 1 chocolatina 
	OBJETIVO Que no pinte la mesa ni las paredes cuando esté atendiendo a otros alumnos/as	FICHAS 5 fichas 	REFORZADORES 15 fichas=> 3 galletas 
	OBJETIVO Que no pinte la mesa ni las paredes cuando esté hablando con otros profesores	FICHAS 4 fichas 	REFORZADORES 20 fichas=> Poner su canción favorita: Pintxo pintxo 
4.- Evaluación continua de la intervención.	Observación Registro Grafico		
5.- Desvanecimiento del programa.	Después de comprobar que vamos teniendo éxito, desvanecemos el programa con reforzadores intermitentes , hasta llegar al auto refuerzo y autocontrol.		

REGISTRO

Nombre y apellidos: Iván Rodríguez

Nombre del observador: Asier Sánchez

Conducta que observar: Iván pinta las paredes y los muebles

HORA: 10 a 10:30

X: Iván pinta (2 veces)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
L u n e s					X																										
M a r t e s																X															
M i é r c o l e s																															
J u e v e s																															
V i e r n e s																															

LÍNEA DE INTERVENCION

Nombre y apellidos: Iván Rodríguez

Nombre del observador: Asier Sánchez

Conducta que observar: Iván pinta las paredes y los muebles

20	
19	
18	

17					
16					
15					
14					
13					
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
0					
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES

FASE DE SEGUIMIENTO

1.- Programación del seguimiento.	A lo largo de 1 mes y 1 sondeo
2.- Mantenimiento y generalización del cambio.	Iván ha mejorado su conducta. Poco a poco ya no pinta ni las paredes ni la mesa
3.- Evaluación del seguimiento.	Observación: Registro * Grafico **

REGISTRO

Nombre y apellidos: Iván Rodríguez

Nombre del observador: Asier Sánchez

Conducta que observar: Iván pinta las paredes y los muebles

HORA: 10 a 10:30

X: Iván pinta (0 Veces)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
L u n e s																															
M a r t e s																															
M i é r c o l e s																															
J u e v e s																															
V i e r n e s																															

LÍNEA BASE DE SEGUIMIENTO

Nombre y apellidos: Iván Rodríguez

Nombre del observador: Asier Sánchez

Conducta que observar: Iván pinta las paredes y los muebles

20	<hr/>				
19					
18					
17					
16					
15					
14					
13					
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					
2					
1					
0					
	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES

CONCLUSION

Cuando llega la hora de plástica o de juego libre y todos se ponen a pintar ya a dibujar, Iván se pone a pintar las mesas y las paredes continuamente. Como tutor del aula y de Iván, he querido realizar con Iván una modificación de conducta, realizando una economía de fichas para eliminar dicha conducta.

Al pasar un mes y un sondeo, realizamos un seguimiento para verificar que la conducta ha sido modificada con éxito.

- ✓ **Modificación de conducta de Naroa**

TECNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

FASE DE EVALUACIÓN

Nombre y apellidos: Lorea Arana

Nombre del observador: Naroa Reyero

1.- Identificación y descripción del problema.	Lorea no quiere compartir
2.- Definición operativa de la conducta.	Lorea cuando hay juego libre en la clase (9:30 a 10:00) no comparte los juguetes con sus compañeros y compañeras.
3.- Formulación de objetivos finales .	-Compartir el material
4.- Análisis funcional: Línea base.	Observación: Registro * Grafico **
Identificación de las características relevantes.	Antecedentes : no hay antecedentes Consecuentes. :no hay consecuentes Análisis biológico del niño:

REGISTRO

Nombre y apellidos: Lorea Arana

Nombre del observador: Naroa Reyero

Conducta que observar: Lorea no comparte las cosas de clase

Hora: 9:30-10:00

X: Lorea no comparte (85 veces)

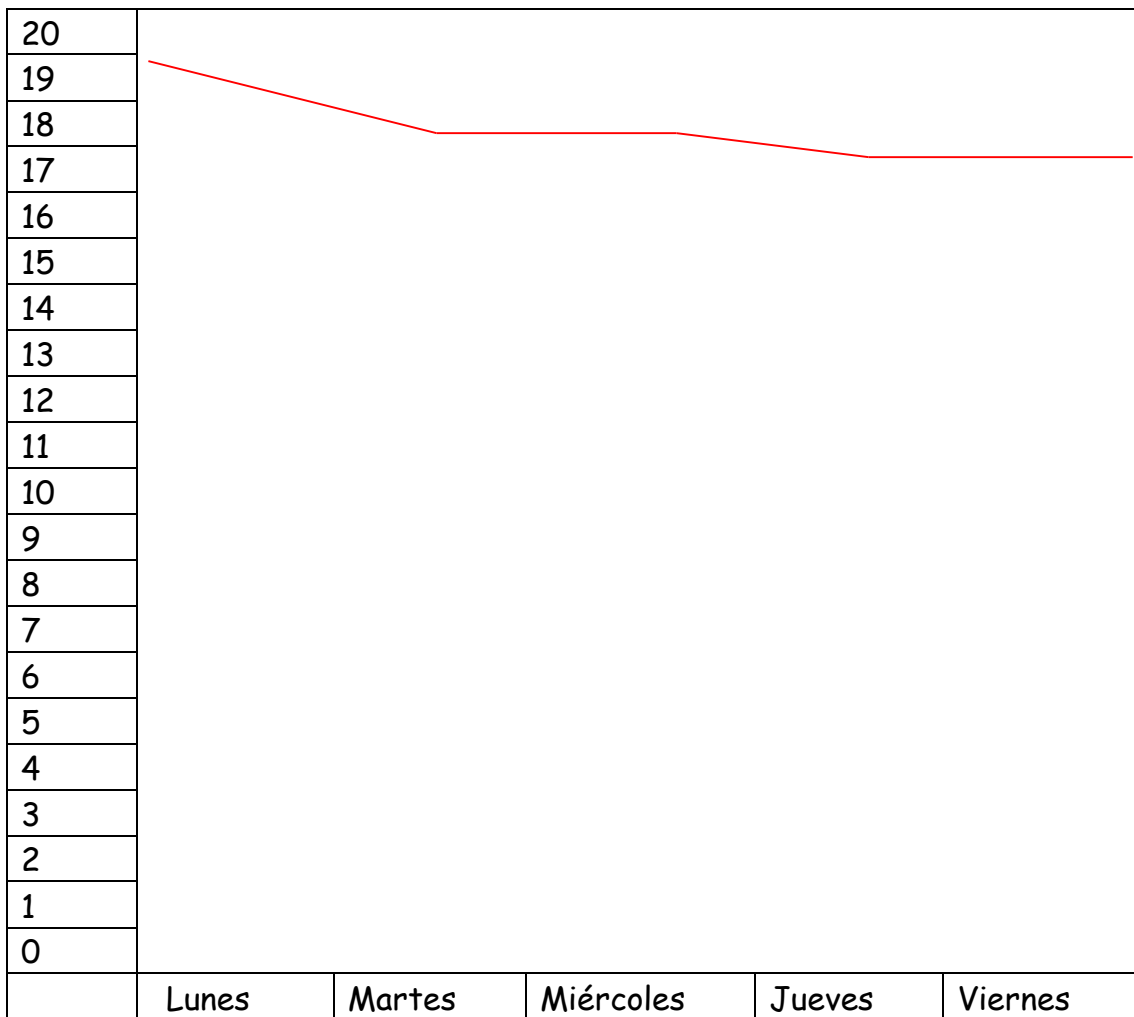
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
L u n e s	X	X		X	X	X			X	X		X		X			X		X	X	X		X		X	X	X	X		X
M a r t e s	X	X	X		X		X		X		X	X	X		X	X				X	X	X				X	X			X
M i e r c o l e s			X	X	X	X			X		X	X	X		X		X		X		X		X		X		X	X	X	
J u e v e s	X	X	X	X			X	X		X		X	X		X	X				X	X	X				X		X		
V i e r n e s	X			X		X		X		X		X	X	X	X			X		X	X	X	X					X		X

LÍNEA BASE



Nombre y apellidos: Lorea Arana

Conducta a registrar: Lorea no quiere compartir

Nombre del observador: Naroa Reyero



FASE DE INTERVENCIÓN

<p>2.- Elaboración del programa de intervención.</p>	<p>Objetivos intermedios.- -Lograr que comparta 4 días a la semana -Permitir que no comparta 2 días a la semana</p> <p>Reforzadores.</p> <p>-Galleta canción favorita</p> <p>-Golosinas  </p> <p>-Juguete que le encante</p> <p>Técnicas: economía de fichas</p>
--	--



Quién: Naroa Reyero
Cuándo: cuando observas
Dónde: en el aula

Objetivos	Fichas	Reforzadores
Que comparta los juguetes cuando haya tiempo libre en clase	5 fichas	15 fichas: galleta Chips Ahoy
Que comparta los materiales de la clase durante todo el día	4 fichas	20 fichas: canción favorita(Maite zaitut)

3.- Aplicación del programa.

OBJETIVO	FICHAS	REFORZADORES
Que comparta sus el material de la clase con sus amigos	3 fichas ● ● ●	10 fichas= 1 golosina

4.- Evaluación continúa de la intervención.

Observación
Registro
Grafico

5.- Desvanecimiento del programa.

Después de comprobar que vamos teniendo éxito, desvanecemos el programa con **reforzadores intermitentes**, hasta llegar al **autor refuerzo** y autocontrol.

REGISTRO

Conducta: no comparte el material de clase

Nombre y apellidos: Lorea Arana

Hora: 9:30 a 10:00

X: Lorea no comparte (3 veces)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30										
L u n e s															X																									
M a r t e s																																								
M i é r c o l e s									X																															
J u e v e s																																								
V i e r n																																								

3.- Evaluación del seguimiento.	Observación: Registro * Grafico **
---------------------------------	--

REGISTRO

Nombre y apellidos

Conducta: no comparte el material de clase

Nombre y apellidos: Lorea Arana

Hora: 9:30 a 10:00

X: Lorea no comparte (0 veces)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
L u n e s																														
M a r t e s																														
M i é r c o l e s																														
J u e v e s																														
V i																														

CONCLUSION

Lorea no comparte los juguetes y tampoco el material de la clase con sus compañeros y compañeras. Cuando toda la clase está jugando en el juego libre

Como tutora del aula y de Lorea, he realizado una modificación de conducta realizando una economía de fichas en la que se eliminará esa conducta con el tiempo.

Al pasar un mes y un sondeo, le realicé un seguimiento a Lorea en el que observé que la conducta había sido eliminada con éxito mediante el proceso de modificación de conducta anteriormente explicado.

En el aula también realizaremos actividades y algunas de ellas serán la jornada de solidaridad la cual durará un día entero y la jornada de fin de curso.

3. JORNADAS

JORNADA DE SOLIDARIDAD	
9:00 - 10:00	Desayuno solidario
10:00 - 11:00	Manos solidarias
11:00 - 11:30	PATIO
11:30 - 12:30	Abrazos solidarios
12:30 - 13:30	Ayudar a salvar la vida de otros pequeños
13:00 - 15:00	COMEDOR
15:00 - 16:00	Compartiendo nuestros juguetes
16:00 - 17:00	La gallinita ciega

Para llevar a cabo esta Jornada Solidaria los niños y las niñas tendrán que traer de sus casas una camiseta blanca. Una vez en el colegio, tendrán que pintar esa camiseta poniendo sus manos con pintura en la camiseta, plasmando así su palma de la mano. Además de realizar esta jornada hemos concertado un Skype con una chica de Inglaterra y con un chico Italiano en el que nos contarán como es la escuela allí, como utilizan la tecnología...y algunas preguntas más y veremos la diferencia entre los colegios allí y aquí.

DESAYUNO SOLIDARIO					
Edad	4 a 6 años				
Duración	1 hora				
Tamaño del grupo	La clase entera				
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Desayunar todos juntos - Fomentar la solidaridad - Compartir los alimentos 				
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Comida - Vajilla de plástico 				
Desarrollo	Los niños y niñas disfrutarán de un desayuno equilibrado y sano, a la par que trabajarán el compartir entre ellos y ellas.				
Evaluación	¿Han desayunado todos juntos?				
	<table border="1"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SI 😊	NO ☹️		
	SI 😊	NO ☹️			
	¿Se ha fomentado la solidaridad?				
	<table border="1"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SI 😊	NO ☹️		
SI 😊	NO ☹️				
¿Se han compartido los alimentos?					
<table border="1"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SI 😊	NO ☹️			
SI 😊	NO ☹️				



MANOS SOLIDARIAS		
Edad	4 a 6 años	
Duración	1 hora	
Tamaño del grupo	La clase entera	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la solidaridad - Incrementar la creatividad 	
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Papel - Pintura de manos - Rotulador negro - Toallitas 	
Desarrollo	Los niños y las niñas pondrán sus manos en el mural previamente hecho, donde aparecerá una frase escrita que tiene que ver con la solidaridad	
Evaluación	¿Se ha fomentado la solidaridad?	
	SI 😊	NO ☹️
Evaluación	¿Se ha incrementado la creatividad?	
	SI 😊	NO ☹️



ABRAZOS SOLIDARIOS													
Edad	4 a 6 años												
Duración	1 hora												
Tamaño del grupo	Todo el colegio												
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la solidaridad - Conocer a otras personas de diferentes edades - Sentir el cariño de otras personas 												
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Cartulinas - Bolígrafos - Velcro 												
Desarrollo	Los niños y niñas tendrán un número diferente cada uno. Estos se juntarán con otras personas del colegio que lleven el mismo número que ellos y se darán un abrazo. Los números serán solo de 1 al 20, por lo que se encontrarán con más de una persona.												
Evaluación	<p>¿Se ha fomentado la solidaridad?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>¿Han conocido a otras personas de diferentes edades?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>¿Han sentido el cariño de otras personas?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	SI 😊	NO ☹️			SI 😊	NO ☹️			SI 😊	NO ☹️		
SI 😊	NO ☹️												
SI 😊	NO ☹️												
SI 😊	NO ☹️												



AYUDAR A SALVAR LA VIDA DE OTROS PEQUEÑOS					
Edad	4 a 6 años				
Duración	1 hora				
Tamaño del grupo	Toda la clase				
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la solidaridad - Ayudar en la autonomía - Sentir el cuidado de sus compañeros y compañeras 				
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Jabón de manos - Toallas 				
Desarrollo	Los niños y niñas de un aula irán a buscar a otros niños y niñas más pequeños. Con ellos trabajarán la higiene personal.				
Evaluación	¿Se ha fomentado la solidaridad?				
	<table border="1"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SI 😊	NO ☹️		
	SI 😊	NO ☹️			
	¿Han ayudado en la autonomía personal?				
	<table border="1"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SI 😊	NO ☹️		
SI 😊	NO ☹️				
¿Han sentido el cariño de sus compañeros y compañeras?					
<table border="1"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SI 😊	NO ☹️			
SI 😊	NO ☹️				



COMPARTIENDO NUESTROS JUGUETES													
Edad	4 a 6 años												
Duración	1 hora												
Tamaño del grupo	Toda la clase												
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a compartir - Fomentar la solidaridad - Mantener el contacto con sus compañeros y compañeras 												
Material	- <u>Juguete favorito de cada niño y niña</u>												
Desarrollo	Los niños y niñas traerán su juguete favorito de casa, el cual tendrán que compartir con sus compañeros y compañeras de clase. En el aula no habrá más juguetes, solo el de cada alumno/a												
Evaluación	<p>¿Han aprendido a compartir?</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI 😊</td> <td style="text-align: center;">NO ☹️</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>¿Se ha fomentado la solidaridad?</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI 😊</td> <td style="text-align: center;">NO ☹️</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table> <p>¿Han mantenido el contacto con sus otros compañeros y compañeras?</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">SI 😊</td> <td style="text-align: center;">NO ☹️</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	SI 😊	NO ☹️			SI 😊	NO ☹️			SI 😊	NO ☹️		
SI 😊	NO ☹️												
SI 😊	NO ☹️												
SI 😊	NO ☹️												



LA GALLINITA CIEGA													
Edad	4 a 6 años												
Duración	1 hora												
Tamaño del grupo	Toda la clase												
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la solidaridad - Aumentar la confianza del aula - Ayudar a los demás 												
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Pañuelo - Piezas de psicomotricidad - Premio 												
Desarrollo	Los niños y niñas del aula se dividirán en parejas. Uno de ellos llevará los ojos vendados, mientras que su compañero tendrá que guiarlo en un circuito con diferentes obstáculos que tendrá que superar												
Evaluación	<p>¿Se ha fomentado la solidaridad?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>¿Se ha aumentado la confianza del aula?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>¿Han ayudado a los demás?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SI 😊	NO ☹️			SI 😊	NO ☹️			SI 😊	NO ☹️		
SI 😊	NO ☹️												
SI 😊	NO ☹️												
SI 😊	NO ☹️												





JORNADA DE FIN DE CURSO	
9:00 - 10:00	Murales en el patio con txupin
10:00 - 11:30	Mini olimpiadas
11:30 - 12:30	Talleres de manualidades
12:30 - 13:30	Ginkana
13:30 - 15:00	COMEDOR
15:00 - 16:00	Dibujo recordatorio
16:00 - 17:00	Tamborrada, batuca y concurso de baile

En la jornada de fin de curso utilizaremos como mascota a Txupin, un Chupa Chups grande en el que por dentro tendrá polvos mágicos. Esos polvos les ayudaran a los niños y niñas en ese día a superar todas las actividades con más fuerza. Esa mascota la utilizaremos como logo del grupo y todos los componentes del grupo llevaremos un Chupa Chups puesto el día de la exposición, para que nos de fuerza y hacerlo bien.



MURALES EN EL PATIO CON TXUPIN									
Edad	Todas las edades								
Duración	1 hora								
Tamaño del grupo	Todas las clases								
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Tener una buena convivencia - Fomentar la creatividad 								
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Cartón - Papel - Ceras de colores - Cuerda - Chupa chupachupses 								
Desarrollo	<p>Todos los alumnos y alumnas del colegio se pondrán en el patio en el sitio que se les asigne y cada clase tendrá que pintar un mural sobre un tema dado anteriormente. Durante el acto, los profesores repartirán a cada alumno y alumna un chupachups y sugus. Finalmente, Los murales serán colgados por todo el colegio para que toda persona pueda verlos</p>								
Evaluación	<p>¿Han tenido una buena convivencia?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO 😞</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>¿Se ha fomentado la creatividad?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO 😞</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SI 😊	NO 😞			SI 😊	NO 😞		
SI 😊	NO 😞								
SI 😊	NO 😞								





MINI OLIMPIADAS		
Edad	Todas las edades	
Duración	1 hora y 30 minutos	
Tamaño del grupo	Todas las clases	
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Aprender a trabajar en equipo - Fomentar el hacer deporte 	
Material	- Material de educación física	
Desarrollo	Todas las clases se disputarán unos juegos, los cuales han practicado anteriormente en las clases de educación física. Las clases se dividirán en dos colores, unas clases serán moradas y otras clases serán verdes. El color que más puntos obtenga gana	
Evaluación	¿Han aprendido a trabajar en equipo?	
	SI 😊	NO ☹️
Evaluación	¿Se ha fomentado el hacer deporte?	
	SI 😊	NO ☹️



TALLERES DE MANUALIDADES													
Edad	Todas las edades												
Duración	1 hora												
Tamaño del grupo	Todas las clases												
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la creatividad - Utilizar diferentes materiales - Fomentar la comunicación entre mayores y pequeños 												
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Material escolar (pinturas, rotuladores...) - Lana - Rollos de papel - Hilo pita - Bolitas de pulseras - Pinturas de cara - Crema hidratante 												
Desarrollo	Esta actividad consiste en que los chicos y chicas más mayores del centro, les enseñen a los más pequeños y pequeñas a hacer diferentes tipos tipo de manualidades												
Evaluación	<p>¿Se ha fomentado la creatividad?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>¿Han utilizado diferentes materiales?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>¿Se ha fomentado la comunicación entre mayores y pequeños?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SI 😊	NO ☹️			SI 😊	NO ☹️			SI 😊	NO ☹️		
SI 😊	NO ☹️												
SI 😊	NO ☹️												
SI 😊	NO ☹️												





GINKANA													
Edad	Todas las edades												
Duración	1 hora												
Tamaño del grupo	Todo el colegio												
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Divertir a los niños y las niñas - Fomentar la cooperación en grupo - Favorecer la comunicación 												
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Materiales de educación física - Agua - Harina - Manzanas - Huevos - Cuerdas de comba - Papel - Bolígrafos 												
Desarrollo	Los niños y las niñas tendrán que hacer una serie de pruebas en grupos de 4 personas. El grupo que haga todas las pruebas correctamente y en el menor tiempo posible, gana la Ginkana y, por lo tanto, ganará el premio.												
Evaluación	<p>¿Se han divertido los niños y las niñas?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>¿Se ha fomentado la cooperación en grupo?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>¿Se ha favorecido la comunicación?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SI 😊	NO ☹️			SI 😊	NO ☹️			SI 😊	NO ☹️		
SI 😊	NO ☹️												
SI 😊	NO ☹️												
SI 😊	NO ☹️												



DIBUJO RECORDATORIO	
Edad	4 a 6 años
Duración	1 hora
Tamaño del grupo	Toda la clase
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Tener todos un recuerdo de la clase - Fomentar la creatividad - Favorecer el compañerismo
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Papel - Lápices - Pinturas - Rotuladores - Ceras
Desarrollo	Los niños y las niñas de la clase tendrán que hacer un dibujo para cada compañero y compañera de clase. Así,

	siempre que quieran podrán coger esos dibujos y acordarse de sus compañeros y compañeras de clase.	
Evaluación	¿Tienen todos unos recuerdos de la clase?	
	SI 😊	NO ☹️
	¿Se ha fomentado la creatividad?	
	SI 😊	NO ☹️
¿Se ha favorecido el compañerismo?		
SI 😊	NO ☹️	





TAMBORRADA, BATUCA Y CONCURSO DE BAILES													
Edad	Todas las edades												
Duración	1 hora												
Tamaño del grupo	Todos los grupos												
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la creatividad - Favorecer el trabajo en grupo - Acabar el curso con diversión 												
Material	<ul style="list-style-type: none"> - Tambores - Palillos - Música 												
Desarrollo	<p>En primer lugar, los niños y niñas realizarán una tamborrada por el patio del colegio. Seguido, Los profesores junto con el alumnado realizara una exhibición de batuca. Por último, los niños y niñas podrán apuntarse a un concurso de baile, donde el baile lo habrán tenido que hacer y ensayar ellos mismos.</p>												
Evaluación	<p>¿Se ha fomentado la creatividad?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>¿Se ha favorecido el trabajo en grupo?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>¿Se ha acabado el curso con diversión?</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>SI 😊</td> <td>NO ☹️</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	SI 😊	NO ☹️			SI 😊	NO ☹️			SI 😊	NO ☹️		
SI 😊	NO ☹️												
SI 😊	NO ☹️												
SI 😊	NO ☹️												



Además de realizar actividades en el aula como las anteriores, también pueden aparecer algunos problemas en el aula en los niños y las niñas como algún tipo de discapacidad. Para ello hemos realizado un seminario en el que explicamos seis discapacidades. Además nosotros como grupo hemos realizado un seminario de sensibilización sobre la discapacidad y su inclusión.

4. SEMINARIO

Autismo (Asperger)

El autismo se define como un conjunto de trastornos complejos del desarrollo neurológico, caracterizado por dificultades en las relaciones sociales, alteraciones de la capacidad de comunicación.

Se puede identificar por su apariencia física, por lo general tienen dificultades con el lenguaje o la comunicación, las relaciones

interpersonales y la conducta, las cuales a menudo se deben a dificultades sensoriales.

El autismo es el más conocido de los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), que por este motivo también se denominan trastornos del espectro autista (TEA), y son considerados trastornos neuropsiquiátricos.



Causas

Con frecuencia las causas del autismo son desconocidas; aunque en muchos casos se sospecha que se debe a cambios o mutaciones en los genes, no todos los genes involucrados en el desarrollo de esta enfermedad han sido identificados. La investigación científica ha relacionado la aparición del autismo con las siguientes causas:

- Agentes genéticos como causa del autismo:

Se ha demostrado que en el trastorno autista existe una cierta carga genética. Si el estudio se ha llevado a cabo en el ámbito familiar, las estadísticas muestran que existe un 5% de probabilidades de aparición en el neonato en el caso de que tenga un hermano con el trastorno, que es una probabilidad bastante superior a la que tendría en el caso de que no existieran antecedentes documentados en su familia.

Estos datos indican claramente una carga genética ligada al trastorno autista. Ya han establecido la relación directa entre la inhibición del gen de la neurología NL1 y el desarrollo de autismo, aunque se sabe que hay más genes implicados.

- Agentes neurológicos como causa del autismo:

Se han constatado alteraciones neurológicas, principalmente en las áreas que coordinan el aprendizaje y la conducta, en aquellos pacientes diagnosticados de trastornos del espectro autista.



- Agentes bioquímicos como causa del autismo:

Se han podido determinar alteraciones en los niveles de ciertos neurotransmisores, principalmente serotonina y triptófano.

- Agentes infecciosos y ambientales como causa del autismo:

Determinadas infecciones y/o exposición a ciertas sustancias durante el embarazo pueden provocar malformaciones y alteraciones del desarrollo neuronal del feto que, en el momento del nacimiento, pueden manifestarse con diversas alteraciones, como, por ejemplo; trastornos del espectro autista.

Tipos

Hay cuatro tipos más de autismo, esos cuatro tipos demás que hay están incluidos bajo la categoría de los trastornos generalizados del desarrollo.

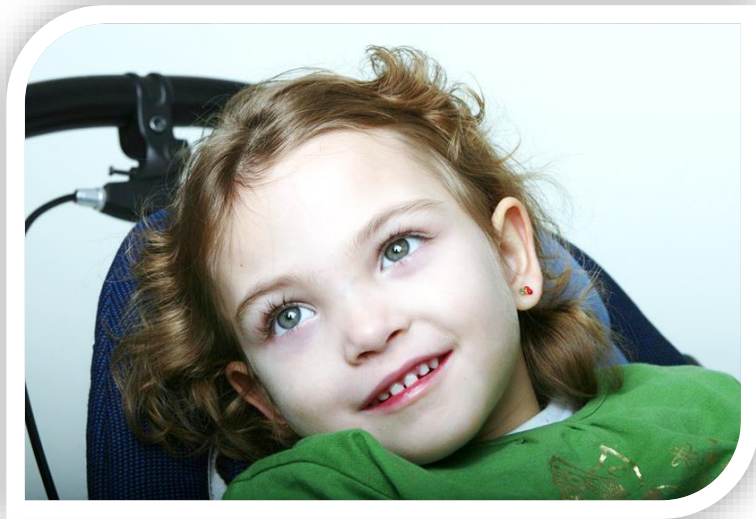


- **Síndrome de Asperger:**

Forma bastante leve de autismo en la cual los pacientes no son capaces de interpretar los estados emocionales. Estas personas son incapaces de relacionar la información facilitada

- **Síndrome de Rett:**

Trastorno cognitivo raro (afecta aproximadamente a 1 de cada 10.000 personas, a las mujeres en casi todas las posibilidades) que se manifiesta durante el segundo año de vida. Se caracteriza por la aparición de graves retrasos en el proceso de adquisición del lenguaje. En un porcentaje alto de los pacientes se asocia con retraso mental grave o leve.



- **Trastorno de desintegración infantil:**

Aparece un proceso súbito y crónico de regresión profunda y desintegración conductual tras 3-4 años de desarrollo cognitivo y social. El primer periodo de síntomas son la irritabilidad, inquietud, ansiedad y la hiperactividad, al que sigue la pérdida progresiva de capacidades de relación social, con alteraciones marcadas de las relaciones personales, de habla y lenguaje, pérdida de interés por los objetos.



- **Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (PDD-NOS):**
Se diagnostica a niños que presentan dificultades de comunicación, socialización y comportamiento, pero que no cumplen los criterios específicos para el diagnóstico de ninguno de los otros trastornos.

Síntomas

Hay algunos síntomas que hacen sospechar la presencia del autismo. Los principales síntomas del autismo son estos:

- **Su interacción social es deficiente:**

Suele ser detectada inicialmente por las personas más cercanas al bebé, cuando observan que éste se muestra indiferente a su entorno o que presenta toda su atención a un solo objeto en concreto aislándose del resto. No suelen responder a la verbalización de su nombre.

- **Carecen de empatía:**

Tienen dificultades para interpretar la situación emocional de las personas de su entorno, así como de sus pensamientos.

Estas personas por lo general no se toman su tiempo para mirar a los demás los gestos que hacen o las expresiones que marcan sus caras.



- **Tienen dificultades para comunicarse (comunicación verbal y no-verbal):**

Algunos individuos no llegan a desarrollar ningún tipo de lenguaje, no hablan ni son capaces de comunicarse con;

Expresiones o gestos; otros sí hablan, pero la forma y el contenido de su discurso no es adecuado, y tienden a repetir

palabras o frases o a ignorar a su interlocutor.

- **Incapacidad de auto reconocimiento:**

En ocasiones se autodenominan en tercera persona, por su nombre propio, en lugar de en primera persona con "yo" o "mi".

- **Capacidad de juego social alterado:**

Son niños que no saben, o no son capaces, de desarrollar juegos que supongan interacción con otros niños. La capacidad de estos es muy limitada por lo tanto no puede participar en juegos y actividades disimulación.

- **Otros síntomas:**

Algunas personas suelen/pueden presentar es la ansiedad, trastornos del sueño, alteraciones gastrointestinales, crisis violentas, retraso mental, etc.



Diagnóstico

El diagnóstico del trastorno autista se compone de distintas pruebas cognitivas y de lenguaje, así como con una prueba de evaluación neurológica.

El objetivo de estas pruebas es descartar que se trate de otras patologías, como los trastornos de audición o la esquizofrenia (aunque las personas con esquizofrenia pueden mostrar determinadas conductas de carácter similar al autismo, por lo general sus síntomas no suelen manifestarse hasta el final de la adolescencia o el comienzo de la edad adulta, y suelen presentar alteraciones de percepción como alucinaciones) También puede variar según la función del grado de afectación y las habilidades comprometidas.

Tratamientos y prevenciones

Ninguno de los trastornos autista tiene cura. Las terapias suelen ser individualizadas y ajustada a las necesidades de cada persona que sufre el autismo, lo que si es que se consigue un mejor pronóstico. Los tratamientos suelen incluir:

Tratamientos

- Intervenciones conductuales educativas:

Se realizan tanto en el sujeto diagnosticado de autismo, como en su ambiente familiar cercano. La terapia consiste en una serie de sesiones cuyo objetivo es la obtención de capacidades intensivas, orientadas a que los sujetos desarrollen habilidades sociales y del lenguaje. La terapia también se le hace a las personas del entorno de la persona que tiene autismo. (Padres, hermanos, etc.)

- Intervenciones emocionales y psíquicas:

Tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades emocionales de expresión y reconocimiento de sentimientos, desarrollo de la empatía, etc. En la terapia se suele hacer también al círculo social cercano que el sujeto tenga para trabajar sus propias expresiones, sentimientos, miedos, frustraciones, etc.



- Medicamentos:

No existen medicamentos específicos para el tratamiento del trastorno autista. Lo que si existen son las convulsiones, y si existe impulsividad o hiperactividad, se recurre al empleo de medicamentos de uso habitual en pacientes con trastorno que les cuesta prestar atención.

Los medicamentos más habituales administrados a estos pacientes son los ansiolíticos, antidepresivos y los empleados en el trastorno obsesivo-compulsivo.

Prevencciones

En la mayoría de los pacientes la sintomatología presenta una buena evolución en el diagnóstico, así que por lo general cuanto antes se inicia la terapia, mejor es el pronóstico. Aunque, por otro lado, también cabe alguna posibilidad de que algunas variables presentan evoluciones negativas.

Existe un porcentaje de pacientes que son capaces de desarrollar una vida personal y laboral independiente o con un grado de apoyo bajo, aunque lo habitual es que los pacientes precisen apoyos y servicios externos a lo largo de toda la vida.



<https://www.youtube.com/watch?v=uOugu4xHmKc>

<https://www.youtube.com/watch?v=dwgQ6o7YfSU>

https://www.youtube.com/watch?v=NsoTWI2_rjc

El síndrome de asperger

Todos los individuos a quienes se ha diagnosticado en Síndrome de Asperger comparten un conjunto de dificultades fundamentales, a pesar de que todos ellos sean muy diferentes entre sí.

Características generales. Definición.

El síndrome de Asperger es un trastorno del desarrollo cerebral, donde interactúan causas genéticas y ambientales. No se sabe exactamente cuál es el problema, y muchas distintas pueden dar lugar a la aparición de comportamientos autistas, pero cada vez parece más claro que hay dificultades en el desarrollo y funcionamiento de las conexiones entre neuronas que producen un procesamiento de la información distinto.

Causas

Actualmente las causas del Síndrome de Asperger son, en buena parte, desconocidas. Sin embargo, se cree que su origen es en buena parte genético, y por consiguiente relativamente independiente de las experiencias pasadas y el modo en el que se interactúa con el entorno (si bien estos factores podrían desencadenar o agravar los síntomas).

Además, algunas investigaciones sugieren que la raíz del síndrome puede estar relacionado con el origen de trastornos como la depresión o la bipolaridad

Sintomatología

Dentro de la sintomatología, diferenciamos 10 síntomas que consideramos los más importantes:

1. Falta de desarrollo de amistades:

Las personas con este síndrome pueden tener dificultad para hacer amistades. No pueden conectar con sus compañeros/as debido a la falta de habilidades sociales (HHSS). Esto es difícil ya que las personas con Asperger ya que ellos desean conectar con sus compañeros/as. Algunas personas con Asperger no desean hacer amistades y prefieren estar solos.



2. Mutismo selectivo:

Los niños/as pequeños con Asperger pueden demostrar el **mutismo selectivo** como un síntoma. Esto ocurre cuando hablan libremente con personas con las que se sienten cómodos y no pueden hablar con extraños. Algunos niños/as se niegan a hablar con cualquier persona a partir de una edad muy temprana. Esta afección puede irse sola o con terapia.

3. Incapacidad para tener empatía:

Los individuos con este síndrome pueden encontrar dificultades para establecer empatía con los demás. A medida que envejecen, estas personas aprenderán las respuestas sociales aceptadas para interactuar con los demás. Pero también pueden reaccionar adecuadamente y decir las cosas correctas, no pueden entender que la otra persona está realmente molesta. Esto puede ser un problema en la infancia ya que la persona que tiene este síndrome puede jugar demasiado duro con sus compañeros/as o decir cosas crueles. Ante este comportamiento, el niño/a puede responder que lo que dijo era cierto y no entiende cual es el problema detrás de esto.

4. No pueden hacer ni forzar el contacto visual:

Las personas que padecen el síndrome pueden encontrar dificultades también haciendo y manteniendo contacto visual con personas a las que están hablando. También existe la teoría de que las personas con síndrome de Asperger no son conscientes de lo importante que es mirar a los ojos para la comunicación social. Esto puede conducir al problema opuesto, como forzar el contacto visual, lo que puede hacer sentir a la gente aún más incómoda, mientras que el individuo con Asperger cree que está siendo más accesible.

5. Ser activo pero raro:

La idea de que las personas con Asperger no son apasionadas es totalmente falso. Pueden volverse muy activos socialmente, formando unas pocas amistades cercanas. Otros pueden intentar rodearse de gente, haciendo un montón de conocidos cercanos, pero no forman

amistades profundas. Esto puede estar relacionado con la manera que tienen de empatizar con los demás.

6. Intereses reducidos:

Los individuos con el síndrome de Asperger pueden no ser excelentes en la escuela, pero esto no quiere decir que no tengan intereses. En cambio, sus intereses son muy reducidos y específicos. Podrían estar jugando a videojuegos, hacer modelos, dibujando y mucho más. Estas actividades centran sus mentes y de hecho encuentran consuelo en ellas; tanto que, si se ven obligados a dejar sus proyectos, pueden ponerse muy angustiados y ansiosos. Asimismo, si sus proyectos fracasan pueden angustiarse demasiado.

7. Seguir una rutina:

Seguir una rutina poder ser muy importante para las personas con síndrome de Asperger. Pueden angustiarse y sentirse ansiosos cuando cambia su horario. Una rutina puede ayudar a manejar la ansiedad de las personas con síndrome de Asperger.

8. Interpretaciones literales:

Otro de los síntomas es interpretar literalmente lo que dice la gente. El individuo afectado puede no entender el sarcasmo, tomando en su lugar lo que la persona ha dicho como verdadero. Estos individuos cuando se dan cuenta del fallo en sus interpretaciones literales son capaces de entender el verdadero significado detrás de lo que se dice. Aunque pueden necesitar una explicación.

9. Excelente reconocimiento de patrones:

Uno de los síntomas positivos del síndrome de Asperger es una asombrosa para reconocer patrones. Sus cerebros están tratando de darle sentido a su entorno, una ruptura en el patrón se puede mostrar con claridad. Esta habilidad puede ser evidente en la infancia, ya que en la educación temprana se desarrolla el tejido neuronal del reconocimiento de patrones. Mientras que los niños/as con el síndrome de Asperger pueden encontrar difícil el ambiente de la escuela y la lucha con sus notas, los problemas de patrones como las matemáticas y las artes pueden ser muy enriquecedoras. Fomentar este talento natural es una gran idea.

10. Falta de habilidades motoras:

Por último, a las personas con síndrome de Asperger les resultara difícil controlar su motricidad, gruesa y fina. Los problemas motrices pueden manifestarse a través de una mala escritura causada por la mala coordinación del ojo con las manos.

Como en el caso del autismo, el Síndrome de Asperger es el resultado de un problema orgánico y no de la educación que se ha recibido. Al contrario que las personas con autismo, las que padecen Síndrome de Asperger tienen menos problemas con el desarrollo del lenguaje y son menos propensas a tener dificultades adicionales de aprendizaje.

Podemos decir que la base psicológica del autismo y el Síndrome de Asperger todavía no se comprenden con claridad.



Interacción y relaciones sociales

Puede parecer que algunos niños y niñas con Síndrome de Asperger prefieran estar solos a estar en compañía. Es posible que tengas una gran conciencia de su espacio personal y se muestran incómodos si alguien se acerca demasiado. Muchos se esfuerzan enormemente por ser sociables, pero cuando se aproxima a los demás lo hacen con torpeza

Puede que no miren a la persona a la que se acerquen o que emitan (señales equivocadas) por error. Suelen compensar estas dificultades comportándose de forma excesivamente formal. Tiene grandes problemas a la hora de captar indicaciones sobre lo que se espera de ellos en determinadas situaciones: es posible que se comporten con el director de la escuela de la misma manera que lo harían con sus amigos o con sus padres. Es también bastante probable que no sepan solucionar situaciones

problemáticas de relación y que, sin darse cuenta, se comporten de forma antisocial.

Habla y comunicación

Los niños y niñas con Síndrome de Asperger no comprenden bien los mecanismos de la comunicación, a pesar de tener un buen desarrollo gramatical y de vocabulario. Puede que no sepan cómo pedir ayuda o cuando imponerse. Puede que hablen con voz monótona, con escaso control sobre el volumen y la entonación. La mayor parte de su conversación gira en torno a un tema preferido al que vuelven una y otra vez con una monotonía casi obsesiva. Suelen tener problemas a la hora de entender chistes, giros idiomáticos y metáforas.

Su lenguaje puede parecer artificial o pedante. La calidad de su comunicación puede deteriorarse de forma acusada en situaciones de estrés. La ausencia de expresión facial, la gesticulación limitada y la malinterpretación del lenguaje corporal de los demás son otros factores que contribuyen a sus dificultades en la comunicación.

<https://www.youtube.com/watch?v=o7bWwjQeDEY>

Imaginación e inflexibilidad de pensamiento

Una característica de los niños y niñas con Síndrome de Asperger es que sus destrezas para el juego son limitadas. Normalmente suelen preferir actividades mecánicas como coleccionar, montar, o desmontar. Pueden aprender juegos de representación simbólica, pero más tarde que sus compañeros con su mismo desarrollo. Cuando aprenden estos juegos, suelen volverse bastante repetitivos.

Es habitual que desarrollen intereses muy intensos en áreas bastante limitadas y extrañas y debemos saber que los niños con el Síndrome de Asperger tienen problemas para "ponerse en el lugar de otra persona" o de ver las cosas desde otro punto de vista. Se siente mejor cuando solo tiene que hacer frente a lo concreto y predecible.



Tratamiento e intervención

El tratamiento idóneo del síndrome de Asperger sería una conjugación de terapias donde se aborden los tres síntomas esenciales del trastorno: escasas habilidades de comunicación, rutinas obsesivas o repetitivas y torpeza física. Aun si, no existe un camino preestablecido en el tratamiento y cada profesional deberá valorar cual es la mejor estrategia para cada caso.

Aun así, el tratamiento más eficaz es aquel que construye, basándose en los intereses del niño/a, un programa predecible donde se le enseñan diferentes tareas que logran atraer su atención. Generalmente incluye:

- La capacitación en habilidades sociales, casi siempre a través de la terapia de grupo
- La terapia conductual cognitiva dirigida a manejar las emociones y disminuir los intereses obsesivos y las rutinas repetitivas
- El uso de medicamentos para tratar patologías coexistentes como pueden ser la depresión o la ansiedad
- La terapia ocupacional o física
- La capacitación y apoyo para las familias para enseñarles las técnicas más eficaces que deben emplear en el hogar

Relaciones sociales

En este apartado explicaremos las diferentes relaciones sociales que se encuentran dentro de este ámbito.

Participar y hacer amigos

Juan intenta participar hacer amigos, pero parece que solo consigue sacar de quicio a los demás. Nadie quiere estar con él.

1. Las claves de comprensión

- Las personas con Síndrome de Asperger suelen desear la amistad de ellos demás, pero no saben hacer amigos
- Puede ser muy difícil para algunos entender las claves que invitan a la interacción social.
- Puede que a algunos les cueste dar con el nivel de familiaridad correcto. A veces son excesivamente formales, o, por el contrario, tratan a un completo desconocido como si fuera amigo íntimo

2. Estrategias de utilidad

- Puede que Juan necesite que se le enseñen explícitamente las normas y convenciones que la mayoría de forma intuitiva. Por ejemplo, como saludar, formas de ceder el turno
- Es importante promover entre los compañeros de Juan un sentimiento de tolerancia y comprensión hacia él. También se debe animar a los demás niños y niñas a aproximarse hacia Juan quizás en el contexto de actividades de clases estructuradas.
- Una manera de incrementar el nivel de contacto social a la vez que se proporciona cierta estructura es organizar juegos en los recreos para los niños y niñas
- os pequeños/as.

Integrarse en los grupos

En el recreo lo único que hace Juan es pasear solo. En clase no soporta ser el centro de atención.

1. Las claves de comprensión

- Los niños y niñas con Síndrome de Asperger se suelen sentir perdidos o confundidos cuando tienen tiempo libre. El recreo y la hora de comer pueden ser especialmente estresantes debido a la informalidad y al bajo nivel de estructuración que conllevan estas situaciones. Esto puede conducirles al aislamiento

- Algunos pueden tener dificultad al entender las normas flexibles, no escritas que se dan en las actividades del patio del recreo. También les cuesta entender las "normas" que rigen las relaciones con los demás.
- Evitar el trato con los demás puede acarrear intimidación y abusos por parte de los compañeros y compañeras. Algunos son especialmente vulnerables a las bromas y a este tipo de abusos.

2. Estrategia de utilidad

- Si se cree que la hora del recreo resulta muy confusa o incómoda para Juan, es mejor que se busquen otras actividades más estructuradas para ocupar su tiempo.
- Es conveniente recordar que algunos jóvenes no quieren hacer amigos o amigas y pasar de todo su tiempo en compañía de otros. Esto ha de ser respetado.
- se puede crear un ambiente más relajado y tolerante si los compañeros y compañeras de Juan conocen sus dificultades y le brindan apoyo.

Entender a los demás

Juan no distingue cuando la gente está bromeando y solamente cuando no. Tampoco se da cuenta cuando sus profesores están realmente enfadados con él. Es como si no pudiese leer los sentimientos de las personas.

1. Claves de comprensión

- Para poder superar estas dificultades de comprensión de los demás, algunos intentan imponer normas muy rígidas en estas situaciones.
- Para algunos resulta muy difícil "ponerse en el lugar" de otras personas. Puede que no perciban lo que otra persona está pensando o sintiendo o que no entiendan que alguien quiera únicamente gastar una broma.
- En ocasiones una forma de ser aceptado socialmente es contar un chiste. Las personas con este Síndrome tienen mucha dificultad a la hora de comprender los "dobles significados" que constituyen una parte esencial del humor.

2. Estrategia de utilidad

- Es importante no esperar que Juan pueda "leer entre líneas ". Es necesario explicar exactamente lo que se quiere decir, especialmente cuando se trate el comportamiento en situaciones sociales.
- Los juegos y actividades de interacción que requieren que Juan piense sobre el punto de vista de otras personas, pueden ser utilidad. Su progreso puede ser lento y poco predecible y siempre es importante plantear como se pueden aplicar estas experiencias en el día a día.

Dificultad para seguir instrucciones

Cuando un adulto de órdenes a un grupo de niños y niñas. Juan parece estar escuchando, pero luego no puede hacer lo que se le ha mandado sin imitar a los demás.

1. Claves de comprensión

Algunos saben fingir muy bien que están escuchando para evitar que se les llame la atención.

- A veces la escasa motivación hace que estos niños y niñas no hagan en esfuerzo adicional requerido para escuchar atentamente y procesar las órdenes

2. Estrategias de utilidad.

- La imitación de la respuesta de los demás ante una orden de grupo debe fomentarse juntamente con las estrategias sugeridas anteriormente
- Puede que baste con el que el adulto antes de las ordenes, nombre a Juan, para que este sepa que está incluido en el grupo

Dificultades emocionales

¿Por qué Juan se enfada siempre cuando no parece haber ninguna razón?

1. Claves de comprensión

- Los niños como Juan suelen querer tener amigos, pero les cuesta mucho entablar o mantener una amistad.
- Las explosiones de rabia sin a veces una reacción a las frustraciones y desilusiones que experimentan en esta área.
- Algunos niños con este síndrome meditan profundamente sobre cosas que les han ocurrido o reviven incidentes que han tenido lugar hace ya algún tiempo.

- Puede que tengan fijación con daños morales sufridos, ya sean estos reales o imaginarios, este malestar puede luego liberarse con reacciones retrasadas muy intensas.

2. Estrategias de utilidad

- No olvidarse de ofrecer incentivos positivos por el autocontrol ejercido.
- Puede ser más fácil modificar algunos aspectos del entorno que cambiar el modo de cambiar y de sentir de Juan.

Parálisis cerebral

Características generales: definición de la patología

La parálisis cerebral es una lesión en el cerebro antes de que el desarrollo y crecimiento de la persona sea completo. De carácter permanente y no progresivo, este trastorno es irreversible, pero no degenerativo; es decir, ni aumenta ni disminuye, simplemente acompaña al individuo durante toda su vida.

Las personas que presentan estas alteraciones sufren un daño en la función motora que se traduce en un desorden permanente y no inmutable del tono, la postura y el movimiento. Esta lesión, además, puede generar cambios en otras funciones superiores o interferir en el desarrollo del sistema nervioso central.

Puede ocurrir durante la gestación, el parto o los tres primeros años de vida de un niño/a, periodo de tiempo en el que el sistema nervioso central está en plena maduración. Esta lesión también puede afectar a otras funciones superiores, como la atención, la memoria, la percepción, el lenguaje y el razonamiento.

En cuanto a su intensidad, vendrá determinada por el momento concreto en que se produce el daño, por el nivel de maduración del encéfalo. Así podemos encontrarnos con personas que conviven con una parálisis cerebral que apenas se detecta, frente a otras que no pueden valerse por sí mismas al completo y necesitan de los cuidados y atenciones de terceras personas para su vida diaria.

Atendiendo al tono y postura de la persona podemos diferenciar cuatro tipos de parálisis cerebral:

- Parálisis cerebral espástica: la espasticidad significa rigidez, las personas que tiene esta clase de parálisis cerebral encuentran dificultad para controlar algunos o todos sus músculos, que tienden a estirarse y debilitarse, y que a menudo son los que sostienen sus brazos, sus piernas o su cabeza.
Esta parálisis se produce cuando las células nerviosas de la capa externa del cerebro o corteza no funcionan correctamente.
Se da en un porcentaje de un 60%-70% de las personas con parálisis que dificultan la actividad voluntaria.
- Parálisis cerebral disquinesia o atetoide: se caracteriza por movimientos lentos, involuntarios y descoordinados, que dificultan la actividad voluntaria. Es común que las personas que tienen esta parálisis tengan los músculos que cambian rápidamente de flojos a tensos. Sus brazos y sus piernas se mueven de una manera descontrolada, y puede ser difícil entenderles debido a que tienen dificultad para controlar su lengua, su respiración y las cuerdas vocales. La parálisis cerebral atetoide es el resultado de que la parte central del cerebro no funcione adecuadamente.
- Parálisis cerebral atáxica: estas personas tienen dificultades para controlar el equilibrio debido a una lesión en el cerebro. Según el alcance de la lesión, estas personas pueden llegar a caminar, aunque lo harán de manera inestable.
- Parálisis cerebral mixta: la parálisis cerebral mixta se produce cuando el cerebro presenta lesiones en varias de sus estructuras, por lo que, generalmente, no se manifestarán las características de los diferentes tipos en sus formas puras, sino que existirán combinaciones.

También podemos diferenciar la parálisis cerebral en función de la parte del cuerpo que se encuentra afectada:

- Hemiplejia: se produce cuando la discapacidad se presenta únicamente en la mitad izquierda o derecha del cuerpo.
- Paraplejia: afecta sobre todo a los miembros inferiores.
- Tetraplejia: están afectados los dos brazos y las dos piernas
- Diplejía: afecta a las dos piernas, estando los brazos nada o ligeramente afectados.

- Monoplejia: únicamente está afectado un miembro del cuerpo

Por último, en función de la severidad con la que se manifiesta la parálisis cerebral:

- Parálisis cerebral leve: se produce cuando la persona no está limitada en las actividades de la vida diaria, aunque presenta alguna alteración física.
- Parálisis cerebral moderada: el individuo tiene dificultades para realizar actividades diarias y necesita medios de asistencia o apoyos.
- Parálisis cerebral severa: la persona requiere de apoyos para todas las actividades.

Sintomatología

Los signos y síntomas pueden variar enormemente. Los problemas de movimiento y coordinación relacionados con la parálisis cerebral infantil pueden incluir las siguientes:

- Variaciones en el tono muscular, como demasiado rígido o demasiado flácido.
- Espasticidad.
- Rigidez.
- Ataxia.
- Temblores o movimientos involuntarios.
- Atetosis.
- Demoras en alcanzar los hitos del desarrollo de habilidades motoras.
- Babeo en exceso o problemas para tragar.
- Dificultad para succionar o comer.
- Demoras en el desarrollo del habla.
- Convulsiones.

La discapacidad relacionada con la parálisis cerebral infantil puede limitarse principalmente a una extremidad o un lado del cuerpo, o puede afectar a todo el cuerpo. El trastorno cerebral que provoca la parálisis cerebral infantil no cambia con el tiempo; por eso, los síntomas



generalmente no empeoran con la edad. Sin embargo, el acortamiento y la rigidez musculares pueden empeorar si no se tratan de manera intensiva. Las anomalías cerebrales relacionadas con la parálisis cerebral infantil también pueden contribuir a otros problemas neurológicos. Las personas que padecen parálisis cerebral también pueden tener lo siguiente:

- Dificultad con la visión y el oído.
- Discapacidades intelectuales.
- Percepciones del tacto o dolor anormales.
- Enfermedades orales.
- Afecciones de salud mental.
- Incontinencia urinaria.

Los factores que pueden provocar problemas en el desarrollo cerebral incluyen los siguientes:

- Mutaciones genéticas que ocasionan un desarrollo anormal del cerebro.
- Infecciones maternas que afectan el desarrollo fetal.
- Ataque cerebral prenatal, una interrupción del suministro de sangre al cerebro en desarrollo.
- Infecciones neonatales que provocan inflamación en el cerebro o a su alrededor.
- Traumatismo encéfalo craneano en el bebé a consecuencia de un accidente de tránsito o una caída.
- Falta de llegada de oxígeno al cerebro (asfixia) relacionada con problemas en el trabajo de parto o el parto, si bien la asfixia del recién nacido es una causa mucho menos frecuente.

Características del habla y comunicación

-**Desarrollo de la comunicación y del lenguaje:** la explicación que un niño/a sin parálisis cerebral puede hacer del entorno no la puede hacer el que parece parálisis cerebral. La disminución de estímulos tendrá como consecuencia un retraso del lenguaje.

- **Desarrollo fonético/fonológico:** indica que el desarrollo fonológico está retrasado en los niños/as con parálisis cerebral pero que sigue las grandes fases del desarrollo normal. Producirán más tarde los diferentes fonemas, aunque muchos de ellos no llegaran a articular correctamente nunca. Los diferentes trastornos articulatorios serán imputables a las alteraciones

motrices en el control de la zona oral y en menor medida a dificultades de percepción y discriminación fonética.

-**Desarrollo morfosintáctico:** suele estar retrasado, hay en muchas ocasiones simplificación del discurso para adaptarla a su dificultad motriz.

-**Desarrollo semántico:** empobrecimiento del léxico y de estructuras semánticas. La comprensión será amplia pero la expresión será más pobre dado que el vocabulario se desarrolla en función de las experiencias que va viviendo.

-**Desarrollo pragmático:** los problemas motores que presentan los niños/as con parálisis cerebral influyen en el uso que estos hacen del lenguaje. No disponen de numerosas y variadas ocasiones para utilizarlo y por otra parte no es fácil que capten el interés de otro interlocutor, que mantengan un diálogo y que el interlocutor sea capaz de reformular lo que ha dicho el niño/a.

Tratamiento e intervención

Existe un número de factores relacionados con el aumento del riesgo de parálisis cerebral.

- **Salud de la madre.**

Ciertas infecciones o problemas de salud durante el embarazo pueden aumentar significativamente el riesgo de parálisis cerebral para el bebé. Estas son algunas de las infecciones de especial interés:

- Rubeola.
- Varicela.
- Citomegalovirus.
- Herpes.
- Toxoplasmosis.
- Sífilis.
- Exposición a toxinas.
- Infección por el virus zika.

- **Enfermedades que afectan a los bebés.**

Algunas de las enfermedades que afectan a los recién nacidos y que pueden aumentar en gran medida el riesgo de parálisis cerebral son las siguientes:

- Meningitis bacteriana
- Encefalitis viral

- Ictericia grave o sin tratamiento
- **Otros factores del embarazo y el nacimiento.**
Si bien la contribución posible de cada uno es limitada, otros factores del embarazo o el nacimiento relacionados con el aumento del riesgo de parálisis cerebral incluyen lo siguiente:
 - Parto de nalgas
 - Trabajo de parto y parto complicados
 - Poco peso al nacer
 - Partos múltiples
 - Nacimiento prematuro
 - Incompatibilidad de grupo sanguíneo y factor Rh entre la madre y el bebé.

Los niños/as que presentan parálisis cerebral requieren atención a largo plazo de parte de un equipo de atención médica. Es posible que este equipo incluya a los siguientes profesionales:

- ❖ Pediatra o fisiatra
- ❖ Neurólogo pediátrico
- ❖ Cirujano ortopédico
- ❖ Fisioterapeuta
- ❖ Terapeuta ocupacional
- ❖ Logopeda
- ❖ Terapeuta del desarrollo
- ❖ Especialista en salud mental
- ❖ Terapeuta recreativo
- ❖ Asistente social
- ❖ Docente de educación especial

Recursos específicos de intervención.

En nuestra comunidad autónoma existe una asociación llamada **Aspace** que también desempeña la función en otros puntos del país. **Aspace** es una asociación sin ánimo de lucro declarada de utilidad pública que nace en 1978, en un intento de dar una respuesta asociativa a la problemática de la parálisis cerebral. Tiene su origen en un grupo de padres y madres que consideraron que había que dar una respuesta específica a las personas con parálisis cerebral.

Objetivos prioritarios de la asociación:

- Atención e integración social de las personas con parálisis cerebral y sus familias
- Concienciación y mentalización social del problema
- Colaboración con la administración
- Acción subsidiaria de la Administración en aquellos ámbitos no atendidos por ésta
- Acogida y apoyo a los familiares de los afectados

Recursos técnicos de adaptación

Existen diferentes recursos disponibles y adaptaciones como por ejemplo la página web:

http://www.ceapat.es/ceapat_01/index.htm

Dentro de esta página web podemos encontrar diferentes adaptaciones como:

- Productos de apoyo para tratamiento médico personalizado
- Productos de apoyo para el entrenamiento/aprendizaje de habilidades
- Ortesis y prótesis
- Productos de apoyo para el cuidado y la protección personal
- Productos de apoyo para actividades domésticas
- Mobiliario y adaptaciones para viviendas y otros locales
- Productos de apoyo para la comunicación y la información
- Productos de apoyo para manipular objetos y dispositivos
- Productos de apoyo para el empleo y la formación laboral
- Productos de apoyo para el esparcimiento

Por último, os adjuntamos unos videos relacionados con la parálisis cerebral:

<https://www.youtube.com/watch?v=PZyIYp77qko>

<https://www.youtube.com/watch?v=TanL-sCrV68>

Discapacidad intelectual

El concepto de diversidad funcional viene a romper con la idea de que las personas con discapacidad sufren un trastorno que les incapacita o sufren una minusvalía. Estos dos conceptos han sido sustituidos por el de diversidad funcional porque le daba una connotación negativa al colectivo. Por eso, hoy en día, se dice que una persona tiene diversidad funcional

cuando tiene diferentes capacidades que otras personas. Su discapacidad, sea de una u otra forma, hace que sus funcionalidades sean distintas a las de otros seres humanos, y a veces requieren unas necesidades especiales para actividades cotidianas (como encender la luz, subir y bajar persianas, escribir en el ordenador, etc.).

Entre las diversidades funcionales podemos encontrar las siguientes: intelectual, visual, auditiva y motriz. Nosotras nos vamos a centrar en la diversidad intelectual que son determinadas limitaciones que una persona presenta en su funcionamiento mental y en destrezas como las de comunicación, cuidado personal y destrezas sociales. Las limitaciones que puede presentar son las que causan que la persona aprenda y desarrolle más lentamente.



Se considera que una persona tiene una diversidad intelectual, cuando presenta un Cociente Intelectual bajo y problemas en su adaptación a la vida diaria. Según el Cociente Intelectual se pueden clasificar diferentes tipos de diversidad intelectual.

Cuando el CI es entre 50-70 sería diversidad intelectual leve y las características serían:

- Que adquieren tarde el lenguaje
- Llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado personal
- Son puntuales y rutinarios
- Tienen mayor dificultad en actividades escolares
- Son capaces de mantener una conversación

Cuando el CI es entre 35-50 sería una diversidad intelectual moderada y estos individuos tienen:

- Lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje
- Capacidad para adquirir la habilidad del cuidado personal y las funciones motrices está retrasada
- Progresos escolares limitados
- Y muy pocos llegan a conseguir una vida completamente independiente

Cuando el CI es entre 25-35 estamos ante una diversidad intelectual grave donde encontramos las siguientes características:

- La edad de fallecimiento es más temprana
- Dificultad en la articulación
- Desarrollo psicomotor limitado
- Suelen presentar algún tipo de patología asociada.

Por último, si el CI se encuentra por debajo de 20, estaríamos hablando de una diversidad intelectual profunda donde las características son:

- Incapacidad para comprender instrucciones
- Movilidad muy restringida
- No controlan los esfínteres
- Capacidad muy limitada para cubrir sus necesidades básicas

A parte de las características específicas de cada tipo de diversidad intelectual, todos ellos también comparten las siguientes:

- Presencia de movimiento y gestos estereotipados y repetitivos
- Dificultad o ausencia de fijación de la mirada y de respuesta a un estímulo sonoro
- Imposibilidad de acceder al juego
- Limitación en el lenguaje y la comunicación
- Dependencia en la ejecución de las actividades de la vida cotidiana

Teniendo en cuenta las limitaciones y problemas, las personas con diversidad intelectual presentan ciertas necesidades en los ámbitos de la autonomía, el socio afectivo, la comunicación y la educación.

En la autonomía las necesidades que tienen son de adaptaciones para la realización de las actividades de la vida diaria.



Las necesidades socio afectivas son en la parte emocional, la sexual y la vida social. Educar la afectividad de las personas con discapacidad, sobre todo, discapacidad intelectual, contribuye de forma positiva a que aprendan a conocerse, a ser conscientes de que la presencia de la discapacidad puede alterar ciertos funcionamientos. Por eso es fundamental que aprendan a quererse y a aceptarse desde sus diferencias. Es esencial que logren expresar sus sentimientos de manera satisfactoria para ellos y para su entorno.

En general, la discapacidad no afecta a la libido de una persona y sólo condiciona parcialmente su nivel de funcionamiento. Sin embargo, la discapacidad intelectual puede afectar las habilidades de comunicación, la imagen de uno mismo, pudiendo llegar a ser un condicionante de su vida emocional. Por eso las personas con discapacidad intelectual a veces necesitan algo más de tiempo que los demás para comprender las cuestiones referidas a su sexualidad. Basta con respetar sus tiempos, comprender sus necesidades, darles unas pautas básicas, como las reiteraciones, el lenguaje sencillo, indicaciones claras, mensajes breves...para saber qué necesitan.

Debido a las limitaciones que conlleva la diversidad intelectual, las personas de este colectivo tienen varias necesidades comunicativas, como por ejemplo puede ser el uso de pictogramas para facilitar la lectura fácil y con ello, la comprensión de los conceptos.



Por último, dentro de las necesidades educativas podemos encontrar 2 totalmente necesarias. Por un lado la detección temprana ya que cuanto antes se detecte la diversidad intelectual antes se puede poner en marcha el tratamiento y por otro lado la adaptación del aprendizaje. Al tener limitaciones intelectuales, las personas con diversidad intelectual tienen un ritmo de aprendizaje más lento, por lo que se le deberá hacer adaptaciones curriculares donde se adapten los contenidos y objetivos a las características personales de la diversidad.

Para poder hacer una detección temprana, es de vital importancia conocer la sintomatología de este tipo de diversidad. Entre los síntomas posibles, los más alarmantes son los siguientes:

- Se sientan, gatean o caminan más tarde que otros niños.
- Aprenden a hablar más tarde o tener problemas para hablar.
- Tengan dificultad para recordar las cosas.
- Tengan problemas para entender las reglas sociales.
- Tengan dificultad para ver las consecuencias de sus acciones.

- Tengan dificultad para resolver problemas.

Otra sintomatología clara es el problema que presentan en la comunicación ya que presentan:

- retraso en la producción de las primeras palabras
- adquisición de vocabulario enlentecido
- dificultades persistentes a nivel fonológico
- retraso en la adquisición gramatical y en muchos casos, estancamiento a niveles muy elementales

Si profundizamos en los tratamientos e intervenciones, hay que tener en cuenta que el tratamiento será diferente según el ámbito que se quiera trabajar.

- Por un lado, esta diversidad conlleva trastornos emocionales que muestran conflictos y problemas sociales, psicológicos y conductuales que hay que tratar.
- Por otro lado, se tienen que trabajar situaciones de estrés, depresión, ansiedad, duelo y pérdida de autoestima.
- También se atienden los problemas mentales que en muchas ocasiones se manifiestan asociados a esta condición (esquizofrenia, demencia...)
- Por último, se trabaja una estimulación cognitiva para desarrollar esta área lo mayor posible.

También se realizan diferentes adaptaciones en diferentes ámbitos:

- En la escuela: adaptaciones curriculares y dependiendo del nivel de discapacidad se pueden usar pictogramas.
- Si el grado de diversidad afectase al desarrollo motriz, se necesitaría una silla de ruedas.
- En la vida cotidiana se pueden utilizar materiales adaptados como cucharas, vasos y platos y ropa cómoda para que se puedan vestir solos.

Para trabajar todo esto, en Bizkaia existen diferentes servicios específicos como:

- Residencias y viviendas
- Centros de días
- Respiro familiar de fin de semana
- Ocio y tiempo libre
- Ayuda a domicilio
- Tele asistencia
- Atención temprana

Todo esto lo llevan diferentes asociaciones junto con la Diputación de Bizkaia. Entre esas asociaciones tenemos Uribe Kosta, Síndrome de Down y Gorabide.

Por último, os queríamos presentar dos experiencias de personas con diversidad intelectual. Una es la historia de Jan, donde los padres crearon un blog y contaban su día a día. Y por otro lado, la historia de Pablo Pineda, el primer síndrome de Down en sacarse una carrera universitaria en toda Europa.

Esperemos que os haya quedado claro qué es la diversidad intelectual y muchas gracias por vuestra atención.

Discapacidad auditiva

Es un problema total o parcial que se encuentra mediante el grado de pérdida de la audición en cada oído. Las personas con esta discapacidad se distinguen entre:

- * **Sordas:** poseen una deficiencia total o profunda.
- * **Hipoacúsicas:** poseen una deficiencia parcial, es decir, que cuentan con un resto auditivo el cual puede mejorar con el uso de audífonos (aparato electrónico que amplifica los sonidos).

La hipoacusia puede aparecer tanto en el periodo de vida prenatal como postnatal, y hasta la adolescencia tardía. La PRELOCUTIVA (si aparece antes de aprender a hablar), PERILOCUTIVA (cuando se está aprendiendo a hablar) y la POSTLOCUTIVA (después de aprender a hablar).



La discapacidad auditiva aparece como invisible, ya que no presenta características físicas evidentes. Se hace notoria fundamentalmente por el uso del audífono y en las personas que han nacido sordas o han adquirido la pérdida auditiva a muy temprana edad, por el modo de hablar.

Esta discapacidad la podemos clasificar en distintos tipos;

Genéticas: son hereditarias

Adquiridas: aparece durante alguna etapa de la vida

Congénitas: se clasifican en prenatales, por una enfermedad que adquirió la madre durante el embarazo (sarampión o rubéola); y peri natales, por traumas del parto, prematuridad, partos prolongados y anoxias (falta de oxígeno).

La discapacidad auditiva no viene acompañada necesariamente de otra discapacidad, lo que destierra el mito de que las personas sordas tienen un intelecto menor.

La edad de comienzo de la sordera es un factor a tener en cuenta, por eso se divide en congénita, del nacimiento a los tres años y después de los tres años.

En las personas que adquieren la discapacidad después de los tres años, pueden recordar la lengua oral, es decir que su competencia lingüística podrá ser enriquecida a partir de la experiencia acumulada. Otro factor que va a influir en la adquisición del lenguaje y desarrollo de su intelecto es que la sordera no esté acompañada de otro trastorno o patología asociada.



Para esta discapacidad es muy importante la **lengua de señas** ya que su principal característica es que utiliza signos que se realizan con las manos, en combinación con la expresión gestual y corporal. En estas combinaciones, se expresa la gramática y la sintaxis propias de esta lengua. La lengua de señas no es una lengua universal, cada país cuenta con su sistema propio.



Causas

Las principales causas de la sordera y pérdida auditiva son:

Alta frecuencia: las causas más generalizadas de la sordera son la herencia y la otitis media crónica.

Frecuencia moderada: podemos encontrar la exposición a un ruido excesivo, la ingesta de medicinas ototóxicas, problemas pre y perinatales, meningitis, paperas, sarampión, y la presencia de cera y cuerpos extraños en el pabellón auditivo. Todas estas causas son prevenibles.

Baja frecuencia: en el origen de la sordera también podemos encontrar otras causas que se pueden prevenir como una mala nutrición, traumas, tumores, tóxicos químicos.

Tratamiento

Para este tipo de discapacidad existen algunos tipos de tratamientos, como por ejemplo, a los que no tienen una sordera profunda, tienen una sordera ligera, utilizan audífonos o implante coclear. Un audífono amplifica la señal acústica hace que los sonidos sean más fuertes. Y el implante Coclear estimula directamente el nervio auditivo a través de impulsos eléctricos.

AUDIFONOS



IMPLANTE COCLEAR



https://www.youtube.com/watch?v=w7CjtirH_-Y

Enfermedades raras

Síndrome de Treacher Collins

¿Qué es el síndrome de Treacher Collins?

El síndrome de Treacher Collins es una enfermedad hereditaria que causa pérdida de audición y defectos físicos en la cara y la cabeza.

Se cree que el síndrome Treacher Collins lo causa un defecto genético en el quinto cromosoma. Este es el gen que afecta al desarrollo facial.

Los pacientes con síndrome de Treacher Collins se caracterizan por rasgos anormales en la cara. Una gran mayoría padecen también pérdida de audición debido a las anomalías del oído externo y medio, que conducen el sonido a las terminaciones nerviosas.

Síntomas del síndrome de Treacher Collins

Síntomas principales del síndrome de Treacher Collins:

- Pérdida de audición
- Orejas anormales o ausencia casi total de ellas
- Pómulos poco desarrollados o ausencia de ellos
- Mandíbula pequeña e inclinada
- Nariz y boca grandes
- Defecto en el párpado inferior
- Vello del cuero cabelludo que se extiende hasta las mejillas
- Paladar hendido



El síndrome Treacher Collins es una enfermedad hereditaria que se da en uno de cada 10.000. Si uno de los padres tiene la enfermedad, la probabilidad de que el hijo nazca con ella es del 50 por ciento. Pero el síndrome de Treacher Collins también aparece en recién nacidos con padres que no padecen la enfermedad.

Tratamiento del síndrome de Treacher Collins

Debido al crecimiento anómalo de orejas, ojos, mandíbula y demás rasgos, el síndrome puede provocar graves complicaciones, afectando al habla, la audición, visión y alimentación.

La afección puede tratarse hasta cierto punto. La cirugía plástica puede aliviar algunas de las anomalías en los rasgos físicos. Los audífonos pueden paliar la discapacidad auditiva.

En algunas ocasiones, el diagnóstico puede hacerse antes del nacimiento, un ecógrafo puede mostrar la curvatura de la mandíbula en afectados con el síndrome de Treacher Collins. De otro modo, el diagnóstico se hace mediante un examen clínico.

Enfermedad de Tay - Sachs



La enfermedad de Tay-Sachs es un trastorno poco frecuente que se transmite de padres a hijos. Se debe a la ausencia de una enzima que ayuda a descomponer las sustancias grasas. Estas sustancias grasas, llamadas «gangliósidos», se acumulan hasta llegar a niveles tóxicos en el cerebro del niño y afectan el funcionamiento de las neuronas. A medida que la enfermedad avanza, el niño pierde el control muscular. Finalmente, produce ceguera, parálisis y muerte.

Si tienes antecedentes familiares de la enfermedad de Tay-Sachs o si eres miembro de alguno de los grupos de alto riesgo y piensas tener hijos, los médicos recomiendan enfáticamente que te realices análisis genéticos y que recibas asesoramiento en genética.

Síntomas

En su forma más frecuente, los síntomas suelen comenzar a manifestarse en un bebé alrededor de los 6 meses. Los signos y síntomas de la enfermedad de Tay-Sachs pueden comprender los siguientes:

- Pérdida de las habilidades motoras, entre ellas voltearse, gatear y sentarse
- Reacciones exageradas cuando el bebé escucha ruidos fuertes
- Convulsiones
- Pérdida de visión y audición
- Manchas de color «rojo cereza» en los ojos
- Debilidad muscular
- Problemas de movimiento

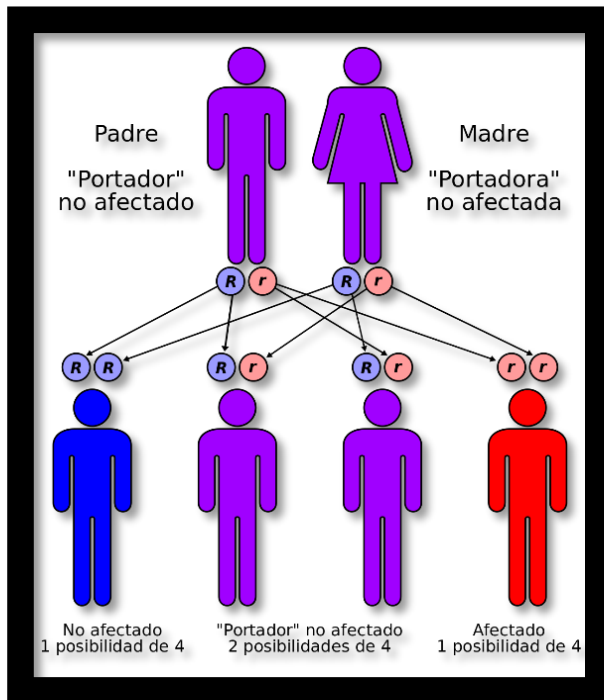


Cuándo consultar al médico

Si tu hijo tiene alguno de los signos o síntomas mencionados anteriormente, programa una consulta con su médico.

Causas

La enfermedad de Tay-Sachs es un trastorno genético que se transmite de padres a hijos. Sucede cuando un niño hereda el gen de ambos padres.



Factores de riesgo

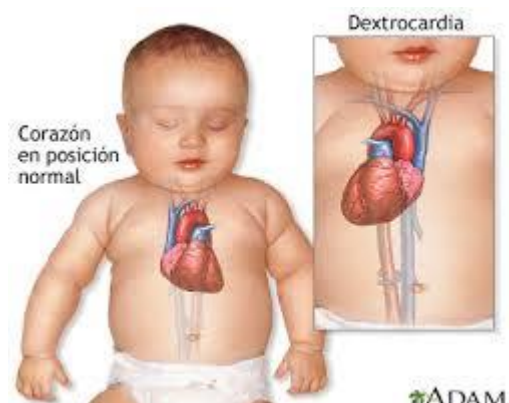
Los factores de riesgo de la enfermedad de Tay-Sachs comprenden tener ancestros provenientes de:

- Comunidades judías de Europa Oriental y Central (judíos askenazíes)
- Ciertas comunidades francocanadienses de Quebec
- La comunidad amish de la Antigua Orden de Pensilvania

La comunidad cajún de Luisiana

La dextrocardia

La dextrocardia es una situación en la que el corazón se encuentra en la mitad derecha del tórax debido a una causa genética. Como bien es sabido, el corazón se sitúa en la parte media del tórax, con su vértice o apex inclinado hacia la izquierda; sin embargo, en esta malformación, ese orden es alterado y el corazón se ubica inclinado hacia el lado derecho del tórax.



Ocurre durante la cuarta semana del desarrollo embrionario, cuando el tubo cardiaco primitivo se dobla a la derecha cuando normalmente debería doblarse a la izquierda.

La dextrocardia generalmente viene acompañada de una anomalía llamada situs inversus, que consiste en que los órganos se encuentran en lado opuesto al que deberían estar. Esta situación afecta solamente a los órganos impares y que se encuentran en un lado determinado del cuerpo, por ejemplo, el hígado, el páncreas o el estómago; en el caso del intestino grueso, el ciego se encuentra en el lado opuesto. Pero también puede ir asociada con situs ambiguus. En este caso puede ser sólo uno de los órganos el que se encuentra invertido, y los demás se encuentran en sus posiciones normales.

Otra causa por la que un paciente puede presentar dextrocardia es que el neurotransmisor serotonina (5HT) está alterado durante el desarrollo embrionario, alteración que también puede causar situs inversas y defectos cardíacos. De la misma manera las mujeres que reciben antidepresivos de la clase SSRI Inhibidores de la captación de serotonina tienden a tener un mayor riesgo de que sus hijos tengan malformaciones de este tipo.

Sintomatología:

- Piel azulada.
- Dificultad respiratoria.
- Insuficiencia para crecer y aumentar de peso.
- Fatiga.
- Ictericia (piel y ojos amarillos)
- Piel pálida (palidez)
- Infecciones repetitivas de los senos paranasales o del pulmón.

Pruebas diagnósticas de la dextrocardia

Las afecciones que pueden incluir la dextrocardia pueden causar los siguientes signos:

- Disposición y estructura anormal de los órganos en el abdomen
- Corazón agrandado
- Problemas con la estructura del tórax y los pulmones, vistos en radiografías
- Respiración rápida o problemas para respirar
- Pulso rápido

Los exámenes para diagnosticar la dextrocardia abarcan:

- Tomografías computarizadas (TC)
- Imágenes por resonancia magnética (IRM) del corazón
- Ecografía del corazón (ecocardiograma)
- Radiografías

Tratamiento de la enfermedad:

Una dextrocardia con imagen especular completa sin defectos cardíacos no requiere ningún tratamiento. Es importante, sin embargo, hacerle saber al pediatra del niño que el corazón está en el lado derecho del tórax. Esta información puede ser importante en algunas pruebas y exámenes. El tratamiento para afecciones que incluyan dextrocardia depende de si el bebé tiene otros problemas cardíacos o físicos además de la dextrocardia.

Si los defectos cardíacos están presentes con la dextrocardia, el bebé muy probablemente necesitará cirugía. Los bebés extremadamente enfermos pueden necesitar tratamiento con medicamentos antes de la cirugía. Estos medicamentos ayudan al bebé a crecer más, de manera que la cirugía sea menos difícil de llevar a cabo.

Los medicamentos abarcan:

- Diuréticos
- Medicamentos que ayudan a aumentar la fuerza contráctil del miocardio (cardiotónicos)
- Medicamentos que bajan la presión arterial y alivian la carga de trabajo sobre el corazón (inhibidores de ECA o IECA)

Recursos específicos de intervención:

Asociaciones:

Asociación Española de Enfermería en Cardiología

La hidrocefalia

La hidrocefalia es un trastorno del cerebro que ocurre cuando el líquido cefalorraquídeo (un líquido transparente y similar al agua que rodea y protege el cerebro y la médula espinal) no drena adecuadamente desde el cerebro. Se estanca y se acumula dentro del cráneo. El nombre de este trastorno, a veces denominado "agua en el cerebro", proviene de las palabras griegas "hidro" (que significa agua) y "cefalus" (que significa cabeza).

La hidrocefalia puede hacer que a los bebés y a los niños pequeños se les deforme e hinche la cabeza debido al exceso de líquido existente en su interior. Los niños mayores, cuyos huesos craneales ya han madurado y se han fusionado, experimentan fuertes dolores de cabeza debido al incremento de la presión intracraneal.



Si no se trata, la hidrocefalia puede provocar lesiones en el cerebro, pérdida de aptitudes mentales y físicas e, incluso, la muerte. De todos modos, si se diagnostica pronto y se trata como es debido, la mayoría de los niños se recupera bien.

Causas de la hidrocefalia

Cuando todo funciona con normalidad dentro del cerebro, el líquido cefalorraquídeo circula a través de unos pasadizos estrechos, denominados "ventrículos", y sale del cerebro a través de un pequeño depósito ubicado en la base del cerebro, llamado "cisterna". El líquido cefalorraquídeo se encarga de distribuir nutrientes al cerebro; también arrastra los productos de desecho de las áreas sensibles para que sean absorbidos por el torrente sanguíneo.

Si se produce una obstrucción en cualquiera de los ventrículos, el líquido cefalorraquídeo se acumula dentro del cerebro, provocando una hidrocefalia. Esta acumulación de líquido también puede ocurrir cuando el plexo coroideo (la parte del cerebro que fabrica líquido cefalorraquídeo) produce una cantidad excesiva de líquido cefalorraquídeo o cuando el torrente sanguíneo no absorbe adecuadamente los productos de desecho.

- La **hidrocefalia congénita** ocurre cuando un bebé nace con esta afección. Suele obedecer a trastornos como una espina bífida (desarrollo anómalo de la médula espinal) o una estenosis del acueducto (estrechamiento de un pequeño conducto denominado "acueducto de Silvio", que conecta dos importantes ventrículos entre sí).
- La **hidrocefalia adquirida** ocurre después del nacimiento y puede afectar a personas de cualquier edad. Suele estar provocada por un sangrado dentro del cerebro. Esto puede ocurrir en bebés prematuros y también en aquellas personas que han sufrido lesiones en la cabeza traumáticas. Algunos niños pueden desarrollar una hidrocefalia debido a un tumor o una infección en el cerebro. En algunos casos de hidrocefalia, se desconoce la causa.

Signos de la hidrocefalia en bebés

Los síntomas de la hidrocefalia varían en función de la edad del paciente.

A los bebés de menos de un año se les deforma la cabeza considerablemente. Los huesos del cráneo, unas finas láminas óseas que todavía no se han fusionado entre sí, se conectan mediante un tejido fibroso. En los bebés, estas suturas, también conocidas como "fontanelas", todavía no se han endurecido y, por lo tanto, se dilatan y sobresalen debido a la presión ejercida por el exceso de líquido cefalorraquídeo. Consecuentemente, los bebés con hidrocefalia presentan cabezas de formas extrañas, generalmente con un tamaño muy superior al de los bebés de su misma edad.

Entre otros signos de la hidrocefalia en lactantes, se incluyen los siguientes:

- Abombamiento de las fontanelas.
- Suturas "separadas" o "abiertas" (existencia de una separación excesiva entre los huesos del cráneo adyacentes).
- Crecimiento rápido del perímetro craneal.
- Venas hinchadas y detectables a simple vista.
- Ojos que miran hacia abajo (signo de "puesta de sol").

Dependiendo de la gravedad del trastorno, los bebés también pueden experimentar somnolencia excesiva, irritabilidad, vómitos y convulsiones. Los niños pequeños con hidrocefalia pueden tardar más tiempo del normal en alcanzar los hitos evolutivos habituales o experimentar "regresiones"

en el calendario evolutivo (comportamientos propios de etapas evolutivas anteriores). Los casos más extremos se saltan hitos evolutivos y padecen "retrasos del crecimiento".

Signos de la hidrocefalia en los niños mayores

Los niños mayores no presentan el síntoma tan fácilmente reconocible del agrandamiento de la cabeza porque sus huesos del cráneo ya se han fusionado y, por lo tanto, no pueden expandirse para dejar más espacio al exceso de líquido cefalorraquídeo. En estos casos, la presión intracraneal añadida puede provocar fuertes dolores de cabeza que pueden despertar al niño a media noche o muy pronto por la mañana.



Los niños también pueden experimentar:

- Náuseas y/o vómitos.
- Somnolencia.
- Problemas para mantener el equilibrio o de tipo motor.
- Visión doble.
- Bizquear u otros movimientos repetitivos con los ojos.
- Convulsiones.

En los casos más graves, puede haber cambios de personalidad, desaparición de hitos evolutivos alcanzados previamente (como hablar o andar) y pérdidas de memoria.

Diagnóstico

Si un niño presenta cualquiera de los signos y/o síntomas arriba mencionados, debe ser evaluado por un pediatra de inmediato. Este le hará un examen físico, elaborará su anamnesis (un informe detallado de sus antecedentes médicos) y solicitará pruebas de diagnóstico por la imagen, como una ecografía, una tomografía computarizada y/o una resonancia magnética, para obtener una imagen clara de lo que ocurre dentro del cerebro del niño.

Opciones de tratamiento

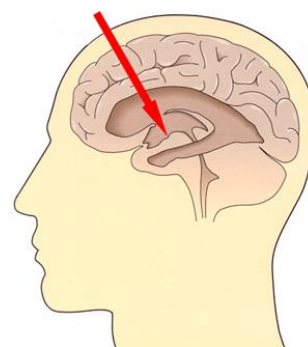
Es importante tratar la hidrocefalia de inmediato. Las hidrocefalias no tratadas suelen empeorar y provocar más problemas en el sistema nervioso.

El tratamiento variará en función de la edad del niño, la causa de la acumulación de líquido cefalorraquídeo en el cerebro (obstrucción, sobreproducción u otro problema), y el estado de salud general del niño.

Ventriculostomía y coagulación

La ventriculostomía endoscópica del tercer ventrículo (VET) acompañada de la coagulación del plexo coroideo es un procedimiento relativamente reciente que se está extendiendo para tratar a niños con hidrocefalia y que necesitan una operación. Este procedimiento mínimamente agresivo implica colocar un endoscopio (una pequeña cámara provista de luz) dentro del cerebro para que el cirujano pueda ver la zona a operar en el monitor de una computadora. Luego, utilizando un instrumental de tamaño muy reducido, el cirujano hace un agujerito en la base del tercer ventrículo.

Así se crea una nueva "vía de drenaje", que permite que el líquido cefalorraquídeo fluya hacia el exterior del cerebro, eludiendo la obstrucción que originaba su acumulación. Y el cuerpo puede absorber el líquido cefalorraquídeo a través del torrente sanguíneo, como hace normalmente.



Después de practicar la ventriculostomía, el cirujano cauteriza (quema de forma superficial) partes del plexo coroideo, la parte del cerebro que produce líquido cefalorraquídeo. Lo hace para reducir la cantidad de líquido cefalorraquídeo que el cerebro fabricará después de la intervención.

Este procedimiento tiene más probabilidades de éxito que la derivación (implantación de un tubito en el cerebro para que drene el líquido cefalorraquídeo), que se solía utilizar como procedimiento ordinario en niños con hidrocefalia. Se realiza en niños a partir de un año, pero es posible que se pueda aplicar a niños de menos edad en el futuro inmediato.

Los niños que se someten a ventriculostomía y coagulación necesitarán acudir a visitas de seguimiento regulares con su equipo de atención médica. Si volvieran a desarrollar una hidrocefalia más adelante, deberían someterse al procedimiento alterativo (derivación), porque es muy poco probable que funcione una segunda ventriculostomía.

Derivación extracraneal

La colocación de una derivación extracraneal, que ha sido el tratamiento estándar durante décadas, implica implantar mediante una cirugía el final de un catéter (un tubo flexible) dentro de un ventrículo encefálico y el otro extremo en las cavidades abdominal o cardíaca o bien en el espacio que rodea los pulmones. El líquido cefalorraquídeo procedente del cerebro drena hasta estos lugares, donde es absorbido por el torrente sanguíneo. Una válvula (un dispositivo que se abre y se cierra) del sistema de derivación regula el flujo de líquido para evitar un drenaje excesivo o insuficiente.

Aunque este procedimiento ha sido un tratamiento eficaz de la hidrocefalia, su éxito a largo plazo es cuestionable. Hay un porcentaje elevado de fracaso y de complicaciones tras la implantación de una derivación, y casi la mitad de ellas dejan de funcionar durante el primer año. Cuando ocurra esto, el niño tendrá que volver a ser intervenido para sustituir el catéter, la válvula o toda la derivación. La mayoría de los niños a quienes les implantan derivaciones tienen que ser operados varias veces a lo largo de su vida para solucionar los problemas subsiguientes.

Las infecciones son otro de los efectos secundarios de la implantación de derivaciones extracraneales. La mayoría de las infecciones se desarrollan durante los primeros meses posteriores a la colocación de la derivación y requieren extraer temporalmente el dispositivo mientras el niño recibe antibióticos por vía intravenosa durante un período de hasta dos semanas.

Debido a los inconvenientes de las derivaciones, este procedimiento cada vez se practica menos. Los médicos acuden a él como alternativa a la ventriculostomía y la coagulación, cuando estos procedimientos no funcionan.

Pronóstico

Con el tratamiento oportuno, muchos niños diagnosticados de hidrocefalia pueden llevar vidas normales.

Aquellos que tienen problemas médicos más complejos, como una espina bífida o una hemorragia cerebral asociada a la prematuridad, pueden tener más problemas de salud derivados de estos trastornos. En estos niños, una intervención precoz llevada a cabo por especialistas en el desarrollo, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales puede facilitar considerablemente su recuperación y mejorar su pronóstico.

Osteogénesis Imperfecta (Huesos de Cristal)

Definición:

La osteogénesis u osteogenia imperfecta también conocida como enfermedad de los huesos de cristal, es una enfermedad que debilita los huesos y hace que se rompan con facilidad sin ninguna causa aparente. La osteogénesis imperfecta puede causar también otros problemas como músculos débiles, dientes quebradizos y sordera.



Es producida por una mutación del gen que codifica la proteína más abundante del hueso, el colágeno tipo I. Este gen se llama COL1A1 o COL1A2 según que cadena está implicada, si alpha 1 o alpha 2. En las formas más leves, la mutación genética causa una terminación abrupta de la síntesis de la cadena $\alpha 1$ resultando en una disminución de la cantidad de colágeno (OITipo I).

En las OI restantes Tipo II, III y IV, las mutaciones son además cualitativas, involucra no solo la cantidad de colágeno, sino también la calidad del mismo.

Clasificación:

Tipo I (leve) De herencia autosómica dominante (HAD).

Incidencia de 1/30.000 nacidos vivos. Es leve y no deformante; los pacientes presentan escaleras azules; las fracturas son ocasionales, sobre todo en edad escolar, mejorando con la pubertad; deformidades

escasas o nulas y talla final normal o con ligero retraso del crecimiento. Aparece sordera neurosensorial en un 50% de los casos y según se altere o no la dentinogénesis hay 2 subtipos: IA (no se altera) y IB (sí).

Tipo II (forma letal perinatal) De HAD, mutaciones de novo o por mosaicismo de los padres.

Incidencia de 1/20.000-1/60.000 nacidos vivos. La fragilidad ósea es extrema, observando a nivel radiológico costillas arrosariadas, huesos largos "arrugados", osteopenia difusa, islotes óseos en la bóveda craneal. Suele ocurrir la muerte perinatal por insuficiencia pulmonar. Las escaleras son azules. Existe un riesgo empírico de recurrencia del 6 al 7%.

Tipo III (forma deformante progresiva) De HAD, mutaciones de novo, mosaicismo en los padres o herencia autosómica recesiva (rara).

Las características son: presencia de fracturas al nacer y durante la infancia. Microcefalia relativa, facies triangular, deformidades óseas progresivas (con cifoscoliosis, deformidades torácicas y de



extremidades), dolor crónico e incapacidad funcional. La talla final es muy baja. Las escleras pueden ser azules al nacer y luego se normalizan. En general existe alteración de la dentinogénesis y no existe sordera.

Tipo IV (forma moderada) De HAD o mutaciones de novo frecuentes.

Existen fracturas al nacer y posnatales, que consolidan bien, deformidades óseas de extremidades moderadas o leves, escoliosis, laxitud de ligamentos, dolor crónico y talla final baja (aunque no siempre constante). Mejoran con la pubertad. Las escleras son azules al nacer y luego mejoran. Subtipo IA (sin alteración de la dentinogénesis) y IB (con alteración de la dentinogénesis). La sordera es rara.

Tipo V (moderada o intensa) Descrita recientemente. De HAD.

Signos y síntomas:

Los síntomas principales son las fracturas, éstas pueden estar presentes desde la vida intrauterina, se producen por osteopenia.

- Deformaciones óseas,
- Pequeña talla,
- Debilidad muscular,
- Constipación
- Pérdida de la audición,
- Transpiración excesiva son otros síntomas.

Los pacientes presentan:



- Carita triangular
- El 'blanco del ojo' de color azul (escleróticas azules),
- Alteraciones de los dientes (dentinogénesis Imperfecta) ,
- Hiperlaxitud ligamentaria,
- Facilidad para hacer hematomas.

En general, el número de fracturas está relacionado con la gravedad de la enfermedad. En los casos peores, los pacientes tienen fracturas muy frecuentes.

Diagnóstico

El diagnóstico de la OI es fundamentalmente clínico, en base a la clínica, hallazgos radiológicos y tipo de herencia. Los hallazgos y la gravedad del cuadro son variables según el tipo de OI.

1. Clínica. Historia de fracturas, deformidades óseas, cifoscoliosis, retraso del crecimiento, escleras azules, dentinogénesis imperfecta, hipoacusia, antecedentes familiares
2. Hallazgos radiológicos. Lo más frecuente es la presencia de fracturas, osteopenia (disminución de densidad y contenido mineral óseo) variable en función de la gravedad clínica, rarefacción ósea progresiva, callos múltiples de distinta antigüedad, etc.
3. Biopsia de piel y cultivo de fibroblastos. Confirma el diagnóstico. Se demuestra un patrón electroforético del colágeno tipo I diferente del colágeno normal. El problema es que en un 10 % de los casos la mutación se presenta sólo a nivel de hueso y no de piel y la biopsia puede ser normal
4. Marcadores bioquímicos del metabolismo óseo. Existe disminución de los marcadores de formación y resorción ósea, pero en las formas graves predomina la resorción

5. Densitometría ósea. Se realiza con densitometría radiológica de doble energía (DEXA), valorando el contenido mineral óseo a nivel L1-L4, donde el contenido trabecular del hueso es mayor. En las forma graves la densidad mineral ósea (BDM) es baja o muy baja, pero algunas formas muy leves de OI pueden tener BMD normal
6. Biopsia ósea. Las alteraciones morfológicas y ultra estructurales de la biopsia guardan estrecha correlación con la gravedad clínica. La biopsia puede dar información que no puede obtenerse de otra manera y ayudaría a clasificar de una forma más exacta los distintos grupos de OI.

Tratamiento

En la actualidad no existe ningún tratamiento eficaz, curativo, de la OI, porque no puede actuarse directamente sobre la formación de colágeno tipo I. A lo largo de la historia se han utilizado diversos tratamientos médicos (calcitonina, esteroides anabólicos, etc.) para intentar aumentar la masa ósea, sin obtener resultados. El tratamiento en la actualidad es sintomático y debe enfocarse de manera multidisciplinaria. Los mejores resultados se han conseguido con hormona de crecimiento (GH) y bifosfonatos.

- Hormona de crecimiento: La GH actúa directamente y a través de los factores de crecimiento (IGF) estimulando la proliferación celular (osteoblastos) y la síntesis de matriz extracelular (colágeno, osteocalcina y otras proteínas), facilitando la aposición y mineralización ósea. La GH actúa también indirectamente aumentando la fuerza y la masa muscular, beneficiando la ganancia de masa ósea. Además, por su capacidad anabolizante proteica, favorece la recuperación de las fracturas. Diversos autores (Marini et al; Antoniazzi et al) han demostrado una acción positiva de la GH sobre el turnover óseo, mejorando el contenido mineral óseo y la clínica, en formas leves-moderadas de OI
- Bifosfonato: Son fármacos que se acumulan en el hueso y se adsorben a la superficie de los cristales de hidroxapatita de fosfato cálcico de la matriz ósea, reduciendo la solubilidad de dicha matriz y la hacen más resistente a la acción de los osteoclastos. El pamidronato es un bifosfonato usado por vía intravenosa, que actúa como un potente inhibidor de la resorción ósea osteoplastia
- Tratamiento combinado de GH y pamidronato: Este tratamiento favorece la ganancia de contenido mineral óseo por mecanismos distintos y complementarios, ya que la GH favorecería fundamentalmente la formación ósea y el pamidronato inhibiría la resorción ósea

Complicaciones

Las complicaciones se basan ampliamente en el tipo de OI presente y, a menudo, están relacionadas directamente con los problemas de huesos débiles y fracturas múltiples.

- Pérdida de la audición (común en el tipo I y III)
- Insuficiencia cardíaca (tipo II)
- Problemas respiratorios y neumonías debido a deformidades en la pared torácica
- Problemas con la médula espinal y el tronco encefálico
- Deformidad permanente

Pronóstico

La recuperación de una persona depende del tipo de osteogénesis imperfecta que tenga:

- Tipo I u osteogénesis imperfecta leve: es el más común y las personas pueden tener una expectativa de vida normal.
- Tipo II: es una forma severa que generalmente lleva a la muerte en el primer año de vida.
- Tipo III, también llamada osteogénesis imperfecta severa: las personas con este tipo presentan muchas fracturas en el comienzo de su vida y pueden sufrir graves deformidades óseas. Muchos quedan limitados a una silla de ruedas y generalmente tienen una expectativa de vida algo más corta.
- Tipo IV u osteogénesis imperfecta moderadamente severa: es similar al tipo I, aunque las personas necesitan muletas o dispositivos ortopédicos para caminar. La expectativa de vida es normal o cerca de lo normal.



Discapacidad visual

Discapacidad Visual se define como la alteración del sistema visual que trae como consecuencia dificultades en el desarrollo de actividades que requieran el uso de la visión. En el contexto de la discapacidad visual se encuentran las personas ciegas y con baja visión.

Diferentes grados de discapacidad visual

Baja visión: es aquella condición donde la persona tiene dificultad para usar su visión en circunstancias "normales" pero con corrección óptica o el uso de ayudas no ópticas puede mejorar sus funciones visuales.

La ceguera: es la pérdida del sentido de la vista, puede ser total o parcial.

Niños ciegos: es el niño que solo tiene la percepción de luz sin proyección, o aquellos que carecen totalmente de la visión.



Clasificación

Visión parcial: es cuando la persona afectada muestra dificultades para percibir imágenes con uno o ambos ojos, siendo la iluminación y la distancia adecuadas, necesitando lentes u otros aparatos especiales para normalizar la visión.

Visión escasa: en cuanto el recto visual de la persona tan solo le permite ver objetos a escasos centímetros.

Ceguera parcial: es cuando el recto visual tan solo permite captar la luz, aunque sin formas, solo bultos y algunos matices de colores.

Ceguera total: no perciben nada o apenas algo de luz.

Causas

-Enfermedades visuales de origen hereditario:

Miopía degenerativa: pérdida de agudeza visual



Albinismo: carencia de pigmento



-Deficiencias oculares de origen congénito
Glaucoma: lesiones por presión ocular



Cataratas congénitas: cristalino opaco



-Deficiencias oculares de origen adquirido
Traumatismos



Enfermedades infecciosas



Sintomatología

Los problemas visuales, generalmente en la infancia, se detectan observando y evaluando las actitudes y comportamientos del niño o la niña cuando se realiza una tarea.

Los síntomas que se suelen dar cuando hay un problema de visión son normalmente los siguientes:

- Picor, escozor o lagrimeo de ojos
- Parpadea o se frota mucho los ojos
- Guiña los ojos o frunce el ceño para ver mejor
- Visión borrosa de lejos o de cerca
- Cuerpo rígido o echar la cabeza hacia delante o hacia atrás al leer o mirar un objeto lejano
- Se acerca a la televisión, o al escribir o leer un libro
- Dificultad para copiar de la pizarra
- Fatiga visual inusual al terminar una tarea o deterioro de la lectura tras períodos prolongados
- Omisión de las tareas de cerca
- Se cansa rápidamente cuando lee, escribe o dibuja
- Le molesta el sol o los cambios de luz.
- Dolor de cabeza o de ojos
- Conducta negativa en la escuela o en el trabajo
- Mala postura de cabeza o cuerpo
- Un ojo se desvía o apunta a una dirección diferente que el otro ojo (mirarlo cuidadosamente, esto puede ser muy sutil). Es significativo, aunque sólo ocurra cuando el niño está cansado o estresado.
- Cierra o se tapa un ojo, o gira o inclina la cabeza, al leer o ver la TV...
- Visión doble
- Dificultades en la lectura:
 - Movimiento de la cabeza al leer en lugar de los ojos
 - Las letras parecen juntarse
 - Lectura lenta para su edad
 - No se entera de lo que ha leído o no lo recuerda
 - Pierde el lugar, salta el renglón o relee palabras o renglones
 - Tiene que ayudarse del dedo como guía en la lectura
 - Lectura en voz alta o moviendo los labios
 - Omite, añade palabras o intenta adivinarlas a partir del reconocimiento rápido de una parte de ellas
 - Mezcla sílabas al leer y los números en las matemáticas
 - Invierte letras, sílabas o palabras
 - Evita la lectura u otras tareas de cerca

Dificultades generales en la escritura o en la habilidad motora de la mano:

- Tamaño de letra irregular e inconstante
 - Escaso espaciado
 - Incapacidad para escribir en línea recta sin torcerse
 - Inversión de letras o palabras al escribir o copiar
 - Preferencia por la lectura, en contraposición con el juego o las actividades motoras.
 - Preferencia por los exámenes orales a los escritos.
 - Se sale del dibujo al colorear
 - No le gusta dibujar
 - Mal agarre del lápiz, o saca la lengua o hace gestos raros en la cara cuando usa la mano para hacer algo que requiere coordinación ojo-mano
 - Lentos cuando tiene que seguir un dictado
- Le cuesta comprender y seguir unas instrucciones
 - Se choca con los objetos
 - A veces parece torpe
 - Se distrae fácilmente
 - Poca atención en las tareas y necesita muchos descansos
 - Problemas de concentración
 - Los deberes le llevan más tiempo del que debería
 - Problemas de memoria visual
 - Carácter negativo y/o agresivo
 - Problemas para adaptarse a los cambios
 - Abandona fácilmente (dice "no puedo", antes de intentarlo)
 - Mareos, náuseas o mareos debido a movimiento
 - Malas posturas al sentarse o trabajar
 - Incapaz de mantenerse en una silla sentado más de 5 minutos
 - Anda de puntillas
 - Problemas de equilibrio
 - Confusión de la derecha y la izquierda en él mismo y/o en el espacio en mayores de 7 años (y a veces arriba y abajo).
 - Malos en deportes o en juegos o actividades de coordinación ojo-mano y ojo-pie (habilidades de pelota y juegos en equipo): coger o golpear una pelota
- Estos síntomas son solo ejemplos, pueden más síntomas, pero pueden ayudar a detectar si hay un problema visual.



Además, para poder identificar más fácil y correctamente el problema visual que pueda tener un niño o niña, el optometrista suele dar un formulario con una serie de preguntas importantes que ayudarán el diagnóstico.

Características del habla y comunicación

Comunicación

Hablar en un tono normal, despacio y claro. No gritar o elevar la voz, las personas con deficiencia visual, ya que oyen bien.

No sustituir el lenguaje verbal por gestos, en muchos casos, no podrán ser percibidos por la otra persona.

Ser específico y precisos en el mensaje, porque si no puede confundir o saturar a la persona.

No utilizar palabras como "aquí", "allí", "esto", "aquello"... ya que van acompañadas con gestos que no pueden verse por la persona. En estas situaciones es recomendable utilizar términos más orientativos como "a izquierda de la mesa", "a tu derecha", "delante de la puerta", "detrás de ti". En ocasiones, puede ser también útil conducir la mano de la persona hacia el objeto e indicarle de lo que se trata.

Evitar exclamaciones que pueden provocar ansiedad a la persona tales como "¡ay!", "¡ay!", "cuidado", etc., cuando veamos un peligro para ella (una puerta abierta, un obstáculo en la acera, etc.). Es preferible emplear una exclamación más informativa, como "alto", con el fin de evitar que siga avanzando y explicarle después, verbalmente, el peligro o ayudarle para que pueda evitarlo.

Hablar dirigiendo nuestra mirada a su cara.

Dirigirse directamente a la persona con deficiencia visual para saber lo que quiere o desea y no al acompañante.

Utilizar el nombre de la persona, si se conoce, para que tenga claro que nos dirigimos a él.

Para saludar, si la persona no extiende la mano, podemos coger la suya para hacerle saber que queremos saludarle.

Avisar a la persona cuando nos vamos o abandonamos el lugar, porque si no puede dirigirse a nosotros pensando que todavía estamos con él/ella.

También si volvemos al lugar es conveniente que le avisemos.

Indicarle si hay otra u otras personas presentes en el lugar. Comunicar, si es necesario, que se está haciendo o se va a hacer.



Adaptaciones en el medio físico

Los aspectos fundamentales a tener en cuenta son:

- **La iluminación:** se debe evitar que la posición de las luces produzca alternancia de zonas iluminadas y zonas sombrías pues esto desorienta a las personas con discapacidad visual, produciendo gran confusión e inseguridad en los desplazamientos.
- **La adecuación de los indicadores:** es interesante que las áreas comunes que el alumno o alumna va a utilizar con regularidad tales como aseos, comedor, gimnasio u otros elementos como pasamanos, columnas, zonas de juego... estén señalizadas de una manera perceptible para el alumnado ciego o con baja visión. El contraste de color o texturas puede servir para localizar e identificar dependencias u otros elementos del entorno: entradas, salas, puertas, pomos, picaportes, interruptores, timbres, etc. Es importante señalar de manera especial los elementos arquitectónicos que supongan un peligro para el alumnado con baja visión: escaleras, desniveles, puertas de cristal...
- **El conocimiento de los espacios y desplazamientos:** además de disponer de la adecuada señalización, nos aseguraremos de que el alumnado la conoce. Debemos tener en cuenta que debe realizar con seguridad los itinerarios habituales. Debemos darle siempre puntos de referencia claros: es decir, si vamos al patio, comedor, etc., decirle el recorrido que estamos haciendo, dónde nos encontramos señalando algún mobiliario que no puede dar lugar a equivocación o que no pueda moverse de sitio, de manera que memorice todos aquellos recorridos habituales.



Adaptaciones en el aula y en el puesto de estudio

La adaptación del puesto de estudio supone proporcionar al alumnado todos aquellos recursos que le faciliten el acceso a la información según su competencia visual. La ubicación idónea estará en función de sus necesidades. En general el alumnado con discapacidad visual necesita:

- Una buena iluminación evitando sombras y deslumbramientos de los focos de luz;

- Situar-se cerca del profesor o profesora, pizarra y de la ventana, en caso de ser precisa una mayor intensidad de luz;
- Un entorno organizado en el que la ubicación de su material o pertenencias deben estar identificadas y de manera accesible. Por ejemplo, la percha, casilleros o cajones individuales, etc. deberán ir acompañados de indicadores visuales y/o táctiles;
- Un espacio amplio para la ubicación de su propio material (mesa y estanterías);
- Los carteles de uso general con contenido pedagógico deben ser accesibles a nivel físico y perceptivo. El alumnado con discapacidad visual, según sus características visuales, dispondrá de:
 - Una pizarra tipo Velleda (mayor contraste).
 - Material ergonómico (atril, mesa abatible, flexo,...).
 - Material óptico (lupas, telescopios,...).
 - Material específico para la lectura, escritura, dibujo para el alumnado ciego, educativamente hablando.

Materiales accesibles

Cuando utilizamos la escritura manuscrita en la pizarra, en su cuaderno o ficha de trabajo hay que tener en cuenta:

- Que el alumno o alumna distinga las características individuales de las formas de las letras. Para ello hay que trazar la letra con claridad de forma que sean fácilmente distinguibles unas de otras y evitar adornos o elementos superfluos que las embellecen pero que llevan a la confusión;
- Utilizar un trazo ni excesivamente fino ni excesivamente grueso ya que pueden parecer manchas en el papel.
- Guardar proporción entre el tamaño de la letra y la separación entre palabras y líneas.
- El papel debe ser suficientemente consistente y no satinado para que lo escrito no pase al reverso de la hoja y que el brillo no dificulte la lectura. Para la elaboración de textos accesibles es necesario cumplir las siguientes indicaciones.
- El tamaño de los caracteres será de mínimo 12 y máximo 14 puntos.
- Evitar la letra ligada o de estilo muy recargado. Las óptimas son «Arial» y «Verdana».

- Si es necesario resaltar texto utilizar negrita u otro color, nunca cursiva o subrayado. La letra mayúscula es más difícil de leer que la minúscula por lo que no se debe utilizar en textos largos. 41
- En cuanto al formato, alineado a la izquierda ya que se facilita el salto de una línea a otra en la lectura.
- Utilizar una composición horizontal mejor que vertical pero, si optamos por columnas, éstas deben tener suficiente separación entre ellas o bien colocaremos una línea vertical para diferenciarlas.
- Nunca superponer texto sobre imagen. Si es preciso añadir texto referente a la imagen, lo colocaremos a un lado de ella, mejor que debajo.
- Cuidaremos de que las imágenes y cuadros también tengan buen contraste. Esto lo aseguraremos utilizando color.
- El espacio entre líneas debe ser 1,5 mayor que el espacio entre palabras de una línea o un 30% más que el tamaño de la letra. Foto15: Adaptación de puesto de estudio en aula digitalizada: mesa de alumno o alumna con pc y pantalla tft y pizarra digital; en ambas pantallas se ve la misma imagen. 42
- Es importante un buen contraste entre texto y fondo. La tinta negra sobre blanco es lo que proporciona una máxima visibilidad y un mayor contraste. A continuación, se presentan otras opciones también de buena calidad.

Consideraciones para el tratamiento

Para la gestión de los pacientes algunas consideraciones son importantes:

- El grado de deficiencia, discapacidad o minusvalía
- Causa de deterioro visual y posibles resultados
- Edad del paciente y el nivel de desarrollo
- Salud general del paciente
- Del paciente otro deterioro y ajuste a la pérdida de la visión y las expectativas del paciente de terapia



Tratamiento para la discapacidad visual

Técnicas de adaptación y ayuda

Para la movilidad, herramientas como el bastón blanco con la punta roja. Es un bastón largo que amplía la sensación táctil del alcance del usuario.

Un perro guía es un perro adiestrado para guiar personas ciegas o con una deficiencia visual grave, o para ayudarlas en las tareas del hogar. Cuando conduce los deficientes visuales, el perro debe tener la capacidad de discernir eventuales peligros debidos a obstáculos suspendidos, lo que requiere perros de inteligencia bastante elevada y un entrenamiento avanzado.

Se ha desarrollado una pulsera que mediante ultrasonidos complementa el uso del bastón blanco para facilitar la movilidad de manera más segura.

Para la lectura, el braille es un sistema de lectura y escritura táctil diseñado para las personas con discapacidad visual. Un teclado braille es un teclado que permite la introducción de caracteres de una forma más sencilla que un teclado convencional, al disponer de menos teclas.

¿Cuáles son las opciones de tratamiento médico?

Algunas de las opciones de tratamiento médico que se utilizan para corregir defectos de visión y minimizar la pérdida incluyen:

Antibióticos o medicamentos antivirales para ayudar a tratar las infecciones oculares.

Los lentes correctores se utilizan para tratar los errores refractivos (como la miopía, hipermetropía y astigmatismo).

La terapia de parches y otras intervenciones para la ambliopía. La ambliopía puede ser causada por la desalineación de los ojos, la hipermetropía o astigmatismo o cataratas. Si se detecta y está tratada en una etapa temprano, la ambliopía se puede corregir. Lo más temprano que esta iniciado el tratamiento, más rápido será la recuperación. Si la ambliopía no se trata antes de los ocho años, la pérdida de visión puede ser menos sensible al tratamiento. La ambliopía es una reducción de la visión que ocurre cuando el cerebro no tiene en cuenta la imagen recibida de un ojo. A veces esto se puede lograr sólo con lentes correctores (gafas).

Generalmente, sin embargo, los médicos "desactivan" el ojo sano, más fuerte, poniendo un parche sobre él o usar gotas para los ojos para nublar la visión. Este método hace que el ojo "perezoso" trabaje, fortaleciendo así su visión. También hace que el cerebro forme nuevas conexiones con ese ojo. Si una catarata está presente, se puede requerir cirugía. Si el estrabismo es la causa, debe ser corregido después que la visión se ha igualado entre los ojos.

Lentes correctivos para el estrabismo. El estrabismo es la desalineación de un ojo, por lo que su línea de visión no se dirige al mismo punto que el otro ojo. Es causada por un desequilibrio en los músculos que controlan la posición del ojo o, a veces por la visión cercana. Si se deja sin tratar, el estrabismo puede causar la ambliopía y la pérdida de la visión posiblemente permanente. El estrabismo es tratado mediante la corrección de cualquier error de refracción de las gafas, un parche ocular para igualar la visión, y, en algunos casos, la cirugía para alterar la forma en que los músculos tiran del ojo. La cirugía puede tener que repetirse varias veces. Otra opción es inyectar medicamentos para debilitar un músculo del ojo hiperactiva. Si los enfoques no quirúrgicos no funcionan, la cirugía se puede realizar en los músculos del ojo para enderezar los ojos. Un conjunto de ejercicios de los ojos se puede recomendar para corregir hábitos visuales defectuosos.

¿Cuáles son las opciones de tratamiento quirúrgico?

Algunas de las opciones de tratamiento quirúrgicos que se utilizan para corregir defectos de visión y minimizar el deterioro de la visión incluyen:

La cirugía para eliminar las cataratas. Las cataratas son una de las más curables causas de ceguera en la infancia temprana, y debe tratarse tan pronto como sea posible a fin de prevenir la ceguera. Una catarata no sólo desdibuja la imagen que el ojo ve, pero también interrumpe el desarrollo de las vías visuales en el cerebro. Un período crítico del desarrollo visual tiene lugar entre el nacimiento y tres o cuatro meses de edad. Si el cerebro no recibe mensajes visuales claros de ambos ojos a causa de una catarata, entonces se puede producir ceguera. El método preferido de tratamiento de las cataratas en los recién nacidos es eliminar quirúrgicamente. Después de la cirugía, el niño tiene que usar lentes de contacto o gafas para reemplazar el lente natural del ojo, o recibir un implante de lente. Si el niño es fiable sobre el uso de lentes o gafas, entonces la visión progresara normalmente. Para este grupo de edad, los médicos recomiendan la implantación de un lente intraocular que reemplaza el lente del propio niño. La inflamación y el glaucoma pueden ocurrir, aunque a veces no es hasta años más tarde. Pero



en la mayoría de los casos, el diagnóstico precoz seguido de tratamiento adecuado puede prevenir la ceguera.

La cirugía para el tratamiento de los tumores en el caso de retinoblastoma. Este es un raro cáncer de la retina, que es la capa más interna del ojo situado en la parte posterior del ojo. La mayor incidencia de este cáncer es entre la infancia y de dos años de edad. El tratamiento para el retinoblastoma incluye: la quimioterapia, la radioterapia, láser o la crioterapia (un proceso de congelación que destruye el tumor), la fototerapia (uso de la luz para destruir los vasos sanguíneos que alimentan el tumor), y la enucleación (extirpación del ojo afectado por el tumor).

Asociaciones

Fundación ONCE. Organización Nacional de Ciegos de España

Enlace: www.fundaciononce.es

La Fundación ONCE para la Cooperación e Inclusión Social de Personas con Discapacidad nace en febrero de 1988, por acuerdo del Consejo General de la ONCE, y se presenta ante la sociedad en septiembre de ese mismo año como un instrumento de cooperación y solidaridad de los ciegos españoles hacia otros colectivos de personas con discapacidad para la mejora de sus condiciones de vida.

Video corporativo

https://www.youtube.com/watch?v=V6W_XFczjwU&list=UUb7gnlgjvgyhFztWbOCKSQ&index=1

ONCE en Bilbao (Bizkaia)

Dirección: Pérez Galdós Kalea, 11, 48010 Bilbao, Bizkaia

Teléfono: 944 70 20 44



AARPE. Asociación de Afectados de Retinosis Pigmentaria de Euskadi

Enlace: www.retinosispigmentaria.org/

La AARPE tiene, entre sus objetivos, tal y como queda explicado en sus estatutos:

Promover la conciencia, individual y colectiva, en relación con las afecciones visuales.

Realizar todo tipo de actividades encaminadas a la protección, en todos los órdenes, de las personas afectadas por cualquier tipo de impedimento visual, y, en particular, por los afectados por Retinosis Pigmentaria.

Instruir e informar a los asociados y al resto de la colectividad sobre los problemas que plantean las afecciones visuales, y posibles medios de solución, así como divulgar, mediante comunicaciones o publicaciones periódicas, de los nuevos avances científicos y técnicos en el tratamiento de las deficiencias visuales.

Actuar en la esfera de los poderes públicos para que adquieran conciencia de la importancia y trascendencia que tiene para los afectados la búsqueda de soluciones.

Estar en contacto, para el intercambio de ideas y conocimientos, con las agrupaciones que tengan una finalidad análoga a la señalada en los presentes Estatutos.

Desarrollar actividades económicas de todo tipo, encaminadas a la realización de sus fines o a allegar recursos con ese objetivo.

Fomentar entre los miembros de la Asociación un espíritu de cordialidad y ayuda mutua.

AARPE en Bilbao (Bizkaia)

Dirección: Iturribide Kalea, 26, 48006 Bilbao, Bizkaia

Teléfono: 944 15 64 76



BEGISARE. Asociación de Retinosis Pigmentaria en Guipúzcoa

Enlace: www.begisare.org/

La asociación de afectados por la Retinosis pigmentaria de Guipúzcoa,

"BEGISARE" informa y sensibiliza a la sociedad sobre la Retinosis

Pigmentaria, centrando las sinergias en la investigación genética hasta

lograr una adecuada calidad de vida del conjunto de afectados por dicha

enfermedad.

Para la consecución de dichos fines la Asociación tiene previsto

estatutariamente la realización de diferentes actividades y, entre otras, las

siguientes:

- Informar sobre los avances médico-científicos de la enfermedad.

- Colaborar con oftalmólogos, genetistas, científicos, equipos de

- investigación, etcétera, en el ámbito de la Retinosis Pigmentaria.

- Realizar actividades sociales para los afectados por la enfermedad y sus familiares y amigos.
- Estrechar lazos de colaboración con asociaciones o entidades con fines análogos.
- Captar recursos económicos en las diferentes entidades públicas y privadas.

BEGISARE en Guipúzcoa

Dirección: Etxaide Kalea, 14, 20005 Donostia, Guipúzcoa
Teléfono: 676 89 41 57



Itxaropena. Asociación Alavesa de Personas con Baja Visión

Enlace: www.itxaropena.es

Promover la integración a nivel familiar, social, escolar y laboral de las personas con discapacidad visual grave, atendiendo a familias con personas con discapacidad visual o a personas individuales afectadas por la misma.

Dirección: Bastida Kalea, 29, 01015 Vitoria-Gasteiz, Araba
Teléfono: 945 28 93 42



ASOCIDE. Asociación de Sordociegos de España
Enlace: www.asocide.org/

ASOCIDE dirige su atención al colectivo de personas sordociegas dentro del ámbito Estatal, tanto a personas sordociegas socias de ASOCIDE como a otras personas sordociegas que no están afiliadas a la Asociación y que son detectadas gracias a la colaboración de la ONCE.

C/ Peio Mari Otaño, nº 8. Bajo derecha.
Apartado 1096
20015 Intxaurreondo. San Sebastián - Guipúzcoa.
Email: info@asocide-euskadi.org
Telefono: 618 819 923

Teniendo en cuenta todas las discapacidades anteriormente explicadas, nosotr@s como educadores/educadoras nos hemos centrado en la discapacidad visual y hemos realizado un seminario sobre ello, teniendo en cuenta la información anterior. Para ese seminario nos acompañaron dos responsables del CRI (Centros de Recursos para la Inclusión Educativa del Alumnado con Discapacidad Visual).

Estas personas compartieron con nosotras que hacían en ese centro, como trabajaban con las personas con discapacidad visual, nos explicaron algunos conceptos y sobre todo nos hablaron de las adaptaciones que necesitan estas personas con discapacidad y nos enseñaron diferentes materiales (los cuales algunos estaban realizados por el centro) y como usaban dichos materiales para estimular a las personas con esa discapacidad. Además nosotros visitamos este centro unos días antes de que ellas acudieran y pudimos ver el centro por dentro.



El seminario de sensibilización lo expondremos en la clase de Formación Básica y hablaremos sobre que es la discapacidad, diferentes discapacidades, sobre la inclusión en la sociedad sobre dichas discapacidades y para amenizar el seminario realizaremos dos preguntas para crear un pequeño debate en la clase y escuchar diferentes opiniones sobre este tema.

Seminario de sensibilización

¿Qué es discapacidad?

La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás".

Diversidad funcional

La **Diversidad Funcional** es un nuevo término que tiene el objetivo de superar las definiciones en negativo de palabras como discapacidad o minusvalía. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), **Discapacidad** es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

Entre las diversidades funcionales podemos encontrar las siguientes: intelectual, visual, auditiva y motriz, en la cual os iremos explicando un poco sobre cada una de ellas.

Discapacidad intelectual

La diversidad intelectual es determinadas limitaciones que una persona presenta en su funcionamiento mental y en destrezas como las de comunicación, cuidado personal y destrezas sociales.

Se considera que una persona tiene una diversidad intelectual, cuando presenta un Cociente Intelectual bajo y problemas en su adaptación a la vida diaria. Según el Cociente Intelectual se pueden clasificar diferentes tipos de diversidad intelectual.

Cuando el CI es entre 50-70 sería diversidad intelectual leve y las características serían:

- Que adquieren tarde el lenguaje
- Llegan a alcanzar una independencia completa para el cuidado personal
- Son capaces de mantener una conversación

Cuando el CI es entre 35-50 sería una diversidad intelectual moderada y estos individuos tienen:

- Lentitud en el desarrollo de la comprensión y del uso del lenguaje
- Capacidad para adquirir la habilidad del cuidado personal y las funciones motrices está retrasada
- Progresos escolares limitados

Cuando el CI es entre 25-35 estamos ante una diversidad intelectual grave donde encontramos las siguientes características:

- La edad de fallecimiento es más temprana
- Dificultad en la articulación
- Desarrollo psicomotor limitado

Por último, si el CI se encuentra por debajo de 20, estaríamos hablando de una diversidad intelectual profunda donde las características son:

- No controlan los esfínteres
- Capacidad muy limitada para cubrir sus necesidades básicas

Para terminar, las adaptaciones del aula sobre la discapacidad intelectual:

- **Simplificar el acceso** al ordenador al nivel de cada persona.

- Aumentar la **comunicación** mediante nuestros comunicadores.
- Realizar actividades de **causa-efecto** y de **juego adaptado**.
- Potenciar la **lectoescritura** y el **acceso a la información** con programas que utilizan símbolos.
- Utilizar materiales sensoriales para facilitar la **integración y la interacción**.
- Acceder a programas educativos y que facilitan el **aprendizaje**

<https://www.youtube.com/watch?v=ZUz0vQFKLlg>



Discapacidad auditiva

La discapacidad auditiva es un problema total o parcial que se encuentra mediante el grado de pérdida de la audición en cada oído. Las personas con esta discapacidad se distinguen entre:

- * **Sordas:** poseen una deficiencia total o profunda.
- * **Hipoacusias:** que cuentan con un resto auditivo el cual puede mejorar con el uso de. La hipoacusia puede aparecer tanto en el periodo de vida prenatal como postnatal, y hasta la adolescencia tardía.

Esta discapacidad la podemos clasificar en distintos tipos;

Genéticas: son hereditarias

Adquiridas: aparece durante alguna etapa de la vida

Congénitas: se clasifican en prenatales, por una enfermedad que adquirió la madre durante el embarazo; y peri natales, por traumas del parto, prematuridad, partos prolongados y anoxias (falta de oxígeno).

Para esta discapacidad es muy importante la **lengua de señas** ya que su principal característica es que utiliza signos que se realizan con las manos, en combinación con la expresión gestual y corporal. En estas combinaciones, se expresa la gramática y la sintaxis propias de esta lengua. La lengua de señas no es una lengua universal, cada país cuenta con su sistema propio.

Para esta discapacidad solo existen dos tipos de tratamiento:

- El audifono que sirve para amplificar la señal acústica
- El implante coclear que estimula directamente el nervio auditivo a traves de impulsos eléctricos

AUDIFONOS



COCLEAR

IMPLANTE



<https://www.youtube.com/watch?v=C8o1LBML3a0>

Adaptaciones

- ✚ Buena iluminación.
- ✚ Ubicación preferencial del alumno, para poder ver las señas del docente, hacer correcta lectura labial o escuchar el habla, de acuerdo a las posibilidades de cada niño.
- ✚ Evitar factores que distorsionan e interfieren en la correcta percepción auditiva, como por ejemplo las dimensiones del aula, la distancia entre emisor y receptor, el ruido ambiente y la reverberación: Las aulas escolares suelen presentar varios de estos factores distorsionantes, de forma que el rendimiento verbal de un alumno sordo disminuye en esta situación.
- ✚ Cuidado del audífono: Conversar periódicamente con los padres para que el niño pueda optimizar el uso del audífono: orientar a los padres sobre duración de las pilas, reemplazo de moldes, controles del aparato, etc. El sordo debe poder hacer un buen aprovechamiento del resto auditivo.

- ✚ Cuando estamos ante un niño con implante coclear es importante que realice los controles y la estimulación auditiva, de lo contrario el rendimiento no será el esperado.
- ✚ Priorizar las habilidades: no es lo mismo un niño con una pérdida auditiva leve, que otro con una pérdida severa, de esto dependerá en gran parte el acceso a la lengua, ya sea de señas y/o fónica.
- ✚ Establecer códigos de comunicación: mirar la cara y las manos, respetar turnos de comunicación y establecer que es prioritario la comprensión del mensaje, que debe pedir ayuda si no comprendió el mensaje.
- ✚ El docente proveerá a sus alumnos de ayudas o materiales didácticos adecuados para compensar las dificultades.
- ✚ Cuando el niño no tiene acceso la lengua fónica o su percepción auditiva es escasa y utiliza como primera lengua la de señas hay que recordar que el sordo "solo sabe lo que ve".
- ✚ Evitar explicaciones largas y apoyarse en la recepción del mensaje por canal visual, con apoyo de lengua de señas o lectura labial.
- ✚ Recordar que la percepción del mensaje cesa rápidamente, esto requiere mantener niveles medios de atención, por lo tanto si las consignas son largas aparecerá la dificultad para comprender las estructuras sintácticas.
- ✚ Debe darse una consigna por vez, acompañada por ilustraciones, es decir hay que usar sistemas de facilitación visual.
- ✚ Cuando la consigna sea larga hay que separarla y acompañarla por secuencias de ilustraciones, es importante chequear para ver si entendió lo que tiene que hacer.
- ✚ Cuando poseen lenguaje lecto-escrito hay que formular las instrucciones en forma secuenciada y con apoyo visual.
- ✚ Con respecto al habla hay que recordar que el niño oyente tiene el feedback auditivo para escuchar y comprender qué le dicen y qué dice, esto no ocurre con el niño con discapacidad auditiva severa y profunda, con respecto a la articulación buscaremos el apoyo visual y propioceptivo y para estructurar las frases usamos claves visuales.
- ✚ Cuando las características del niño lo requieran deberán instrumentarse sistemas de comunicación complementarios o alternativos, traducción a lengua de señas o computadoras con sintetizadores de voz.

https://www.youtube.com/watch?v=w7CjtirH_-Y

Discapacidad visual

Discapacidad Visual se define como la alteración del sistema visual que trae como consecuencia dificultades en el desarrollo de actividades que requieran el uso de la visión. En el contexto de la discapacidad visual se encuentran las personas ciegas y con baja visión.

Diferentes grados de discapacidad visual

- **Baja visión:** es aquella condición donde la persona tiene dificultad para usar su visión en circunstancias "normales" pero con corrección óptica o el uso de ayudas no ópticas puede mejorar sus funciones visuales.
- **La ceguera:** es la pérdida del sentido de la vista, puede ser total o parcial.
- **Niños ciegos:** es el niño que solo tiene la percepción de luz sin proyección, o aquellos que carecen totalmente de la visión.

Los síntomas más frecuentes que puede tener esta discapacidad visual son;

- Picor, escozor o lagrimeo de ojos
- Parpadea o se frota mucho los ojos
- Guiña los ojos o frunce el ceño para ver mejor
- Visión borrosa de lejos o de cerca
- Se acerca a la televisión, o al escribir o leer un libro
- Dificultad para copiar de la pizarra
- Omisión de las tareas de cerca
- Se cansa rápidamente cuando lee, escribe o dibuja
- Le molesta el sol o los cambios de luz.

Para el **tratamiento médico** algunas de las opciones son:

- ✓ Antibióticos o medicamentos
- ✓ Lentes correctores
- ✓ La terapia de parches
- ✓ Lentes correctivos para el estrabismo (desalineación del ojo)
- ✓ La cirugía para eliminar

Las enfermedades visuales de origen hereditario:

- Miopía degenerativa: pérdida de agudeza visual



- Albinismo: carencia de pigmento



Deficiencias oculares de origen congénito

- Glaucoma: lesiones por presión ocular



- Cataratas congénitas: cristalino opaco



Deficiencias oculares de origen adquirido

- Traumatismo



- Enfermedades infecciosas



<https://www.youtube.com/watch?v=so0TiKy8-FM>



Discapacidad motriz

Este tipo de discapacidad implica una disminución de la movilidad total o parcial de uno o más miembros del cuerpo, la cual dificulta la realización de actividades motoras convencionales.

Las principales consecuencias que puede generar la discapacidad motriz son varias, entre ellas, movimientos incontrolados, dificultades de coordinación, alcance limitado, fuerza reducida, habla no inteligible, dificultad con la motricidad fina y/o gruesa.

Clasificación

Hay diferentes tipos de clasificaciones:

- Origen cerebral: podemos encontrar ante 3 casos principales, parálisis cerebral, traumatismo craneoencefálico y tumores.
- Origen espinal: en este caso podremos hablar de diferentes enfermedades; poliomielitis anterior aguda, espina bífida, lesiones medulares degenerativas y traumatismos medulares.
- Origen muscular: encontramos miopatías, como por ejemplo; Distrofia de Duchenne y Distrofia de Landouzy
- Origen óseo-articular: existe varios tipos; malformaciones congénitas, malformaciones distróficas, malformaciones mocróbicas y reumatismos de la infancia.

Adaptaciones

Las necesidades educativas especiales

La mayoría de los niños y niñas con deficiencia motora llegan a la escuela con un diagnóstico médico ya realizado.

Si el alumno o alumna tiene **NEE por discapacidades básicas** debemos aumentar su iniciativa en las actividades de la vida cotidiana y en las aulas, así como desarrollar y mejorar su auto concepto.

Si, por otro lado, el alumno presenta **NEE en las áreas del currículo**, los profesionales del centro deberían ayudarle a conocer su cuerpo y sus posibilidades y los conceptos espaciales y temporales. También sería conveniente enseñarle a manifestar sus estados de ánimo de una manera correcta.

Por último, si nuestro alumno o alumna tiene **NEE relacionadas con el entorno**, deberemos de sistemas de comunicación alternativos a los convencionales y analizar los recursos materiales y espaciales adaptados a sus posibilidades.

Respecto al desplazamiento, diremos que las barreras arquitectónicas son la principal dificultad para estas personas.



En el caso de los aseos, la escuela debe garantizar que los retretes estén ubicados en un lugar accesible y que tengan una altura que permita a los discapacitados su utilización.



Debemos tener en cuenta que las aulas sean de una amplitud suficiente para permitir los desplazamientos y giros de sillas de ruedas y andadores.

Será necesario modificar la altura de los objetos del aula, colocar unos pasamanos en la pizarra para niños y niñas con poca estabilidad, colocar tiradores en las puertas de los armarios...

El papel de la familia

Es muy importante que la familia permanezca continuamente en contacto con la escuela ya que, por ejemplo las entrevistas, sirven para intercambiar información y acordar propuestas para mejorar el desarrollo del niño o niña.

La familia, por su parte, debe superar conductas de rechazo, evitar las conductas de sobreprotección, estimular y potenciar sus capacidades, fomentar su autonomía y reforzar sus logros personales.



<https://www.youtube.com/watch?v=MAJeY9V9XHY>



Para exponer el seminario de sensibilización hemos utilizado un power point en que explicamos las diferentes enfermedades y realizaremos dos preguntas.

[PPT DISCAPACIDAD Y SU INCLUSIÓN.pptx](#)

Cuando terminamos con el seminario realizamos una dinámica que se basa en que cada uno de los alumnos y alumnas de la clase escribieran en un posíit una frase o una palabra que les haya impactado, para que reflexionen.



Por último dentro de la parte de FOL hemos realizado una entrevista de trabajo, unos consejos para afrontar dicha entrevista y dentro del portfolio de cada uno de los componentes del equipo hemos subido nuestro curriculum y con ello una carta de motivación que acompañe a dicho curriculum.



5. DOSSIER LABORAL

Entrevista de trabajo

La entrevista de trabajo es una reunión que una persona especialmente cualificada mantiene con alguien que aspira a un puesto de trabajo; la reunión sirve para conocer personalmente a la persona que opta al puesto de trabajo y para determinar si posee las características más idóneas para desempeñar la tarea.

Para llevar a cabo una entrevista de trabajo bien, vamos a dar algunos consejos para antes, durante y después de la entrevista.

Antes de la Entrevista

- Conoce todo lo que puedas de la empresa
- Estudia tus aptitudes, tu experiencia y tu formación
- Lleva el currículum y conócelo perfectamente, ya que se basarán en él
- Hazte una relación de tus puntos débiles y prepara argumentos para defenderlos
- Si te citan por escrito, lo correcto es que llames para confirmar tu asistencia
- No acudas con gafas oscuras
- Comprueba tu apariencia (evita ropa llamativa; bien vestido/a, limpio/a y afeitado)
- Ve solo/a
- Llega pronto (5 minutos antes)
- Prepara la entrevista, el seleccionador va a hacerlo también

Durante la Entrevista

Crea una buena impresión. Las primeras impresiones son de gran importancia. Muchos empresarios consideran que tras haber visto entrar por la puerta a un candidato, observar la forma de dar la mano y sentarse, son capaces de decidir sobre su valía

- Saluda al entrevistador con una fórmula convencional: Buenas tardes Sr. Ruiz

- Siéntate derecho/a, ni al borde de la silla (inseguridad), ni repantingado/a (falta de respeto)
- No seas el/la primero/a en extender la mano
- Saluda con un apretón de manos y sonríe, mirándole a los ojos
- No te sientes hasta que te lo digan
- No tutees si no te lo indican
- Estate atento/a y simpático/a
- Evita ponerte nervioso/a y los gestos que lo indiquen como morderte las uñas, golpear con el bolígrafo en la mesa, agitarte en el asiento...
- No fumes
- No interrumpas
- Mira al entrevistador a los ojos, pero sin intimidar
- Deja que él tome la iniciativa
- No hables demasiado, ni demasiado poco
- Cuida tu lenguaje
- No peques de agresivo/a ni de sensiblon/a
- No te aproximes mucho a él
- No pongas los codos encima de la mesa del entrevistador
- No cruces los brazos, puede parecer que estás a la defensiva
- Si te ofrecen una bebida puedes aceptar pero, que no sea alcohólica

Piensa antes de contestar:

- Responde clara y brevemente
- Di siempre la verdad
- Si te preguntan sobre ti mismo/a, enfatiza tu formación, experiencia y resultado de tus trabajos
- No uses palabras rebuscadas
- No respondas con evasivas o dudas, ni con monosílabos
- No esperes demasiado tiempo para responder, podría parecer síntoma de distracción
- No utilices expresiones tajantes "siempre, nunca", ni utilices latiguillos "ósea", "este", "bueno"...
- Muestra entusiasmo por el trabajo, pero no lo supliques
- No hables mal de las empresas en las que has trabajado
- No te niegues a responder preguntas
- Si te hacen preguntas de tipo cómo: si va de viaje con su novio/a ¿qué piden una o dos habitaciones?; responde que en tu opinión ese asunto es irrelevante para deducir tu idoneidad para el puesto al que optas. Dilo con seriedad pero no con agresividad. Estas preguntas valoran tu control emocional.

Piensa positivamente:

- No pidas el puesto como si fuera una limosna
 - No digas que necesitas terriblemente el trabajo
 - No critiques a pasados empresarios
- Ejemplo: No digas, "acabo de terminar mis estudios y no tengo experiencia profesional" enfocado de otra manera la respuesta correcta sería "estoy disponible para trabajar y dispuesto/a a poner en práctica todos los conocimientos que he adquirido en mis estudios"

Haz preguntas

- Sobre las posibilidades de promoción, la empresa o el puesto de trabajo

Expresa tu agradecimiento

Después de la Entrevista

Analiza los resultados, anota puntos fuertes y débiles...puede servirte para una segunda entrevista o para próximas entrevistas en otras empresas.

Por ultimo en una entrevista de trabajo también es muy importante la comunicación no verbal, para ello nos hemos informado sobre consejos que podrían ser útiles para entrenar la comunicación no verbal.

Comunicación no verbal

Ubicación

Normalmente las entrevistas tienen lugar en las oficinas de la empresa, sin embargo, cada vez es más común que los procesos de selección, al menos en las primeras fases, se realicen por videoconferencia. En estos casos es fundamental preparar la habitación, ubicándose en un espacio limpio y ordenado.

Movimiento

Es importante que te sientas suelto y cómodo desde el mismo momento en que entres en la empresa. Recuerda siempre llevar un paso firme, sin arrastrar los pies o arquear la espalda. Lleva las

manos fuera de los bolsillos y si vas cargando con cosas, al menos deja libre la mano derecha para poder saludar.

La imagen

Es fundamental que cuidemos nuestra imagen, aspecto e indumentaria. El reclutador valorará de forma muy negativa a las personas poco aseadas, que huelan a tabaco o que luzcan símbolos religiosos o controvertidos. Tampoco conseguirás el empleo si tienes un look descuidado o que no se adapte al estilo de la empresa. De todos modos, siempre puedes optar por una indumentaria neutra, con pantalón oscuro, camisa clara, zapatos cerrados y peinado discreto.

La postura

Es importante que mantengas una postura erguida durante toda la entrevista. Antes de acudir a la reunión, practica en casa la posición de los hombros, ya que son claves en la comunicación no verbal, pudiendo mostrar tensión o falta de interés al reclutador.

Lo ideal es que te sientes en toda la silla y no en el borde, inclinándote hacia delante. Nunca te apoyes en el respaldo, ya que puede dar una imagen de prepotencia o desinterés.

Pon los brazos encima de tus piernas y nunca los cruces. La mirada también es determinante, ya que puede mostrarte como un profesional competente, prepotente o sumiso. Mantén siempre la mirada del interlocutor.

La sonrisa

Una persona feliz y sonriente tiene más probabilidades de lograr el empleo, aunque este debe ser sincera. No basta con abrir la boca y mostrar los dientes. Una sonrisa verdadera se refleja en los ojos.

Los gestos

Es muy positivo que acompañes tus palabras con pequeños gestos que apoyen el discurso o enfatizen partes de él. También puedes asentir cuando el reclutador hable, así entenderá que estas escuchando sus palabras.

Evita por todos los medios apretar los puños, que denota represión, tocarte la boca con las manos. Este gesto tan común interpretarse como desconfianza o deslealtad.

La voz

Hablar demasiado bajo da sensación de desconfianza y timidez. Las personas que utilizan un volumen alto pueden intimidar al reclutador y mostrar una actitud prepotente y desafiante. Practica en casa hasta lograr el tono y el timbre deseado. Además intenta no utilizar sarcasmos e ironías, ya que un malentendido podría acabar con cualquier posibilidad de lograr el empleo.

El espacio

No invadas nunca el espacio vital del reclutador y sitúate siempre, al menos, a un metro de distancia. Tampoco le toques ni realices ninguna aproximación poco profesional.

Ahora con un video explicativo veréis lo que se debe hacer y lo que no en una entrevista de trabajo.

[ENTREVISTA DE TRABAJO.wlmp](#)

CONCLUSIÓN

Este reto como equipo ha sido uno de los más satisfactorios ya que nos hemos adentrado en un mundo "nuevo" para nosotros. Ese mundo ha sido el de la diversidad funcional ya que nos hemos metido mucho más en el tema y sobre todo con los seminarios hemos podido conocer historias reales y por unos momentos ponernos un poco en la piel de estos niños y niñas con diversidades y saber cómo se puede llegar a sentir la familia. También hemos podido disfrutar de un Work Café el que sirvió para darnos cuenta que estas personas no están realmente integradas. A parte de eso, hemos podido conocer conductas que los niños y niñas pueden tener en el aula y cómo podríamos eliminarlas y como llevaríamos a cabo una acción tutorial con las familias de estos niños y niñas. Además hemos utilizado la imaginación para crear actividades nuevas para las jornadas de solidaridad y de fin de curso. Por último hemos aprendido como tendríamos que afrontar una entrevista de trabajo y hacer nuestro propio curriculum.

BIBLIOGRAFIA

- Galván, Lucía. (2012). Atención precoz y familia. Recuperado el 19 de marzo de 2018 de <http://atencionprecozyfamilia.blogspot.com.es/2012/05/desarrollo-cognitivo-de-4-6-anos.html>
- Pérez, Ana. Nuestra Web. Recuperado el 20 de marzo de 2018 de http://www.anajperez.com/index.php?option=com_content&view=article&id=43&Itemid=43
- Anónimo. Espacio logopédico
- . Recuperado el 7 de abril de 2018 de <https://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=284>
- Leal, María. (2013). La Acción Tutorial en la Educación Media Superior. Recuperado el 7 de abril de 2018 de <http://laacciontutorialemsgls.blogspot.com.es/2013/11/tipos-y-modalidades-de-tutorias.html>
- García Hdez, Rosa M. Psicología y pedagogía. Recuperado el 12 de abril de 2018 de <http://psicopedagogias.blogspot.com.es/2009/05/signos-y-sintomas-identificativos-de-un.html>
- Hueterman. (2009). SlideShare. Recuperado el 12 de abril de 2018 de <https://es.slideshare.net/hueterman/criterios-de-adaptacin-discapacidad-visual>
- Anónimo. IBT-CRI Bilbao. Recuperado el 20 de abril de 2018 de <https://sites.google.com/a/ibtcribilbao.net/cri-bilbao/>
- Anónimo. Incluyeme.com. Recuperado el 20 de abril de 2018 de <http://www.incluyeme.com/todo-lo-que-necesitas-saber-sobre-discapacidad-visual/>
- World Health Organization. (2012). MATI. Recuperado el 24 de abril de http://www.webmati.es/index.php?option=com_content&view=article&id=23:baja-vision-y-la-discapacidad-visual&catid=13&Itemid=160
- Asociación D.O.C.E. Discapacitados Otros Ciegos de España. (2015). Recuperado el 26 de abril de 2018 de <https://asociaciondoce.com/2015/12/21/criterios-de-valoracion-del-grado-de-discapacidad-visual-en-espana-texto-completo-y-graficos-normas-para-la-valoracion-de-la-deficiencia-visual/comment-page-1/>

- Anónimo. UNHCR ACNUR. Recuperado el 2 de mayo de 2018 de <https://eacnur.org/blog/todos-los-juegos-del-mundo-para-ensenar-valores-a-los-ninos/>
- Anónimo. Associació Discapacitat visual Catalunya: B1+B2+B3. Recuperado el 2 de mayo de 2018 de http://www.b1b2b3.org/es/Telefono_Ull/patologias.html
- Carlafig. (2011). SlideShare. Recuperado el 7 de mayo de 2018 de <https://eacnur.org/blog/todos-los-juegos-del-mundo-para-ensenar-valores-a-los-ninos/>
- Anónimo. TodoFP. Recuperado el 14 de mayo de 2018 de <http://todofp.es/inicio.html#>

Anónimo. BJadaptaciones. Recuperado 14 de mayo de 2018 de <https://bjadaptaciones.com/18-personas-con-discapacidad-intelectual>

GLOSARIO

1. **Diversidad funcional:** La **Diversidad Funcional** es un nuevo término que tiene el objetivo de superar las definiciones en negativo de palabras como discapacidad o minusvalía. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), **Discapacidad** es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.
2. **Discapacidad:** la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.
3. **Acción tutorial:** la acción tutorial es el conjunto de acciones educativas que ayudan al desarrollo y a resaltar las capacidades básicas de los alumnos y las alumnas, orientándoles para conseguir maduración y autonomía y ayudarlos a tomar decisiones, con vistas a un futuro, de acuerdo con sus necesidades, intereses y capacidades.

***ESPERAMOS QUE OS
HAYA GUSTADO.***

***MUCHAS
GRACIAS***

