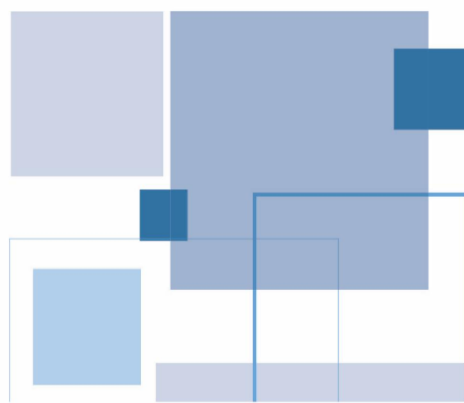


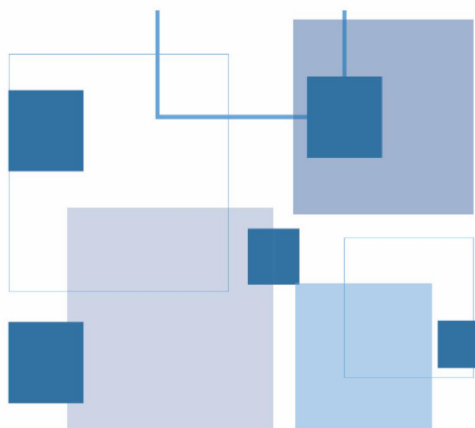


Instituto Superior de Formación y Capacitación Docente
DIPREGEP N° 6241



Postítulo

de Actualización Académica
en Atención Temprana
del Desarrollo Infantil



Materia: ATENCIÓN TEMPRANA
Susana Galán - María Cristina Grillo
Profesoras

Federación de Educadores Bonaerenses

INSTITUTO SUPERIOR DE FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN DOCENTE

POSTÍTULO DE ACTUALIZACIÓN ACADÉMICA

Atención Temprana del desarrollo Infantil

(RES. 1248/12)

CÁTEDRA: ATENCIÓN TEMPRANA

**PROFESORAS: SUSANA GALÁN
MARÍA CRISTINA GRILLO**

MÓDULO DE TRABAJO

UNIDAD IV

**UNIDADES Y TRABAJOS TEÓRICO – PRÁCTICOS
PRESENCIALES Y A DISTANCIA**

**DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA
DE LA VIVENCIA A LA TEORÍA
LA TEORÍA A LA ACCIÓN**

ÍNDICE

UNIDAD IV

DÉFICIT Y DISCAPACIDAD:EL MODELO SOCIAL DE DISCAPACIDAD	5
MODELO SOCIAL DE DISCAPACIDAD	7
ACTIVIDAD DOMICILIARIA GRUPAL.....	
LA EVALUACIÓN NEGATIVA DE LA MINUSVALIA COMO ÚLTIMA IDEOLOGIA	7
PRÁCTICAS INCLUSIVAS DESDE EL NIVEL INICIAL . INCLUSIÓN-INTEGRACIÓN ...	13
ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA. BARRERAS Y APOYOS	15
ALGUNAS SUGERENCIAS DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CON TODA LA COMUNIDAD EDUCATIVA.....	16
PROYECTOS DE INCLUSIÓN EN INSTITUCIONES DEL NIVEL MATERNAL PARA NIÑOS CON NEDD.....	18
ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL AMBIENTE PARA BEBÉS Y NIÑOS PEQUEÑOS ..	21
EL BEBÉ PREMATURO	22
Carta de un Prematuro a sus Padres	23
Como considerar la prematurez.....	25
Posibles secuelas de la prematurez.....	
Desarrollo cognitivo.....	
Desarrollo conductual.....	
Problemas sensoriales.....	
Hipoacusia.....	
Ceguera por retinopatía del prematuro...	
La incorporación del profesional de atdi en la UCIN.....	
Cuidados que pueden Brindar los Padres.....	
Alimentación.....	
Visitas de Abuelos y Hermanitos.....	2
El Cuidados del Bebé en el Hogar.....	2
Alimentación.....	
Higiene.....	
Vestimenta.....	
Salidas y Paseos.....	

Sueño.....	23
Juegos y Juguetes.....	25
Poniendo Límites.....	25
ACTIVIDAD DOMICILIARIA GRUPAL.....	26
¿QUÉ ES LA INTELIGENCIA EMOCIONAL?.....	26
La alfabetización emocional.....	28
Esta tarea exige dos cambios importantes.....	29
La inteligencia emocional en la educación.....	30
Salovey organiza la inteligencia en cinco competencias principales..	31
El rendimiento académico y la autoestima ¡cuidado con los carteles!.....	32
El rol de las expectativas y del afecto en el aprendizaje.....	33.
Iniciativas a nivel mundial.....	33
La alfabetización emocional en la escuela.....	34
Los objetivos que se persiguen con la implantación de la Inteligencia Emocional en la escuela.....	34
INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN.....	36
ACTIVIDAD DOMICILIARIA GRUPAL.....	39
BIBLIOGRAFÍA.....	39
DETECCIÓN TEMPRANA DEL NIÑO/A CON TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISMO	40
La tríada de Wing	41
Detección temprana.....	41
Lista 1.....	42
Lista 2	43
Lista 3.....	44
Los tres ítems sintomáticos	46
Otros comportamientos a resaltar	47

Sugerencias para el abordaje del niño/a pequeño/a con autismo..49

ACTIVIDAD DOMICILIARIA GRUPAL.....52

BIBLIOGRAFÍA52



Déficit y Discapacidad:El Modelo Social de discapacidad

Se entiende por **déficit** a toda pérdida o anormalidad física, psíquica o sensorial, temporaria o permanente y que puede o no intervenir en el desempeño de una persona (puede ser intelectual , auditiva, visual, músculo-esquelética, visceral, estética).

En tanto que la **discapacidad** se refiere a la restricción o ausencia (debida a una déficit) de la capacidad de realizar una actividad en la forma que se la considera normal para el ser humano,(mirada social) Puede ser congénita o adquirida.(ej. discapacidad de locomoción, de la comunicación, de la conducta, intelectual, sensorial, etc.)

La discapacidad actualmente es definida desde el **Modelo Social** sostenido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por el marco de las Convenciones y principios de derechos humanos. Para este modelo, *la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un conjunto de condiciones que responden a la interacción entre las características del individuo y el contexto social.*

Las diferentes definiciones de discapacidad en el ámbito internacional muestran una marcada evolución hacia un modelo social. Las diferencias entre las clasificaciones establecidas por la OMS pueden ilustrar esta evolución. En 1980, cuando se publica la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, la discapacidad se define como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”. La discapacidad desde un modelo biomédico es un problema de la persona, directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud. Dicho modelo sigue estando relacionado con algunas prácticas, por ejemplo, cuando la intervención educativa está totalmente determinada desde los equipos de salud que también diagnostican la necesidad educativa. Asimismo, cuando un certificado médico habilita o no la intervención educativa desde la modalidad. Otras veces, cuando la admisión de un niño a la escuela de Educación Especial se deriva de una consulta neurológica.

En cambio, en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (2001), la OMS incluyó en su definición de discapacidad los factores contextuales en los que vive el individuo. Esta evolución ha hecho un giro de la mirada hacia las personas con discapacidad, dejando de centrarse en el déficit y se ha enfocado en la evaluación de necesidades. **No importa tanto la deficiencia del individuo como sus potencialidades y lo que pueda llegar a hacer mediante la eliminación de barreras contextuales y el apoyo necesario.**

Es así que la discapacidad, desde el **MODELO SOCIAL DE DISCAPACIDAD** (Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad 2006), es considerada como un constructo social que surge de la interrelación de un sujeto portador de un déficit y el medio donde se desarrolla, dando como resultado un sujeto con mayores o menores posibilidades de autonomía y autodeterminación según las barreras para la participación que presentan los contextos donde vive. (familia, escuela, servicios de salud, barrio, ciudad, país, contexto mundial...)

Esta concepción ecológica de la discapacidad, en la que la discapacidad de una persona resulta de la interacción entre dicha persona y el ambiente en el que vive, se basa fundamentalmente en:

- Un paradigma que apunta a la transformación de los entornos para que sean accesibles a la diversidad de sujetos.
- Fomentar la autonomía, la inclusión, la igualdad, y la valoración de las capacidades de las personas portadoras de un déficit y el respeto de sus derechos.
- La promoción de servicios de apoyos y prestaciones para las personas con discapacidad que faciliten su inclusión familiar, escolar, laboral y social.

Este modelo postula que la discapacidad no es sólo consecuencia de los déficits existentes, sino la resultante de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales.

Se plantea además que cuando en la discapacidad hay un sustrato médico-biológico no queda reducido sólo al déficit. Es justamente en la interacción de dichos déficits con el entorno, en la que se dan las “desventajas”.

Por lo tanto desde la perspectiva de este modelo, **la discapacidad es en realidad un hecho social, en que las características del individuo tienen tan sólo relevancia en la medida en que evidencian la capacidad o incapacidad del medio social para dar respuesta a las necesidades del individuo (barreras), impone estereotipos y limitaciones a la participación.**

Desde este modelo social de la discapacidad, A. Palacios (2008) realiza un valioso aporte a este desarrollo cuando dice:

“La noción de persona con discapacidad desde este modelo se basa, más allá de la diversidad funcional de las personas, en las limitaciones de la propia sociedad. De este modo, se realiza una distinción entre lo que comúnmente se denomina “deficiencia” y lo que se entiende por discapacidad. Como se ha mencionado, el modelo social nació apuntalando la filosofía de vida independiente, pero acompañada de unos Principios Fundamentales que describen la discapacidad como una forma específica de opresión social. Estos principios hacen una distinción entre deficiencia —la condición del cuerpo y de la mente— y discapacidad —las restricciones sociales que se experimentan—. El manifiesto, afirmaba que la sociedad discapacita a las personas con discapacidad. La discapacidad “es algo que se

emplaza sobre las deficiencias, por el modo en que las personas con discapacidad son innecesariamente aisladas y excluidas de una participación plena en sociedad.”

(Palacios, Agustina (2008) El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Grupo editorial CINCA, Madrid. España)



MODELO SOCIAL DE DISCAPACIDAD

- Promueve el respeto a la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal.
- Propicia la inclusión social .
- Se basa en los principios de:
 - Vida independiente,
 - No discriminación,
 - Accesibilidad universal,
 - Normalización del entorno,
 - Diálogo civil.
- Apunta a la autonomía y autodeterminación de la persona con discapacidad para decidir respecto de su propia vida.
- Se centra en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades.

Parte de la premisa de que la discapacidad es en parte un modo de construcción y opresión social y el resultado de una sociedad que no considera, ni tiene presente a las personas con discapacidad.

(Dra.Agustina Palacios)



ACTIVIDAD DOMICILIARIA GRUPAL

Se propone a continuación la lectura del texto de Giampiero Griffo “La Riqueza de las diversidades” de las III Jornadas científicas de Investigación sobre personas con discapacidad “Hacia una nueva concepción de la discapacidad” Salamanca, 20 marzo 1999, ***para reflexionar acerca del lugar que ocupan las personas con discapacidad en nuestras comunidades.***

“La riqueza de las diversidades” Giampiero GRIFFO

Vicepresidente de Disabled Peoples’ International/Comisionado de la Unión

Europea. III Jornadas científicas de Investigación sobre personas con discapacidad

“Hacia una nueva concepción de la discapacidad” Salamanca, 20 marzo 1999

LA EVALUACION NEGATIVA DE LA MINUSVALIA COMO ÚLTIMA IDEOLOGIA:

ALGUNOS PRINCIPIOS BASICOS

Si le pido a una persona que me hable del señor D. Ignacio Berdugo Gomez de la

Torre, nuestro excelentísimo anfitrión, recibiré varias informaciones: que es el Rector Magnífico de esta famosa Universidad de Salamanca que nos hospeda, informaciones sobre su edad, su competencia profesional, etc. Si alguien pregunta a la misma persona que soy Giampiero Griffo, (pido disculpas si en esta intervención hablo con frecuencia de mí, y muchos pensarán que soy bastante pesado, pero es sólo una licencia para hablar de una persona que se desplaza en silla de ruedas) la primera información que recibirá es que es minusválido, en silla de ruedas. Las otras informaciones llegarán después.

Nuestro primer problema es que la evaluación de mi condición llega de la **visión social** que los otros han hecho de las personas con discapacidades. Y en esta visión hay la apariencia de que la diferencia mayor entre el Magnífico Rector de vuestra espléndida Universidad y yo es la diferencia en la forma de desplazarse. ¿Pero tenemos la misma experiencia profesional? ¿Nuestra edad es la misma? ¿Hemos nacidos en el mismo país?

¿Tenemos el mismo nombre y apellido? ¿Tenemos el mismo tipo de sangre? ¿Nuestro número de calcetines es igual? ¿Y nuestro ADN? ¡Qué diferencia!

El tema de mi intervención es que los problemas que las personas con discapacidad viven podrían no existir, y llegan de una de las últimas ideologías sociales: yo soy Giampiero Griffo, bibliotecario a la Biblioteca nacional de Nápoles, ciudadano italiano de 46 años nacido cerca de Nápoles, sangre A positivo, número 7 de calcetines, con un ADN tan diferente del de vuestro excelentísimo Rector que la comparación es como la de la tierra con el mar.

La diversidad en realidad pertenece a la naturaleza, y también a la naturaleza humana, pero algunos accidentes sociales y culturales han producido una distorsión de algunas diversidades que han sido connotadas con una evaluación negativa.

La primera evaluación negativa llega de la **visión médica**, que juzga todas las afecciones de la condición de “salud” como una enfermedad permanente y una disminución de las capacidades. Esto podría ser parcialmente verdadero algunos decenios atrás, pero hoy en día, con las oportunidades de auxilios técnicos y tecnológicos, es una visión profundamente falsa. Recuerdo que el mayor objetivo que los médicos querían conseguir después de que yo hubiera sido golpeado por la poliomielitis era conseguir que anduviera en posición erecta. Pero, **¿para qué este sacrificio?** Aunque pudiera andar con las muletas no podría conseguir jamás las mismas prestaciones de quien anda sin muletas, en términos de velocidad y capacidad. A los 25 años entendí una verdad que me permitió dar un gran paso adelante: decidí andar – mejor rodar – sin vergüenza en silla de ruedas. En mi condición es importante – como en todas las condiciones humanas – valorar mis capacidades y mi potencialidades, no perseguir una idea abstracta de salud y un modelo de rehabilitación no conseguible si no es con el auxilio de la Virgen de Lourdes. Así que no tengo que considerarme como permanentemente enfermo en espera de una improbable curación, sino valorar mis diversas capacidades para realizar las actividades de la vida cotidiana. Lo importante no es marchar de pie, sino conseguir mi autonomía, independencia e interdependencia con la sociedad.

La segunda evaluación negativa depende de la **exclusión social**. En algunos países europeos definen mi condición con las palabras portador de hándicap. Pero si reflexiono sobre la raíz de mis problemas, descubro una verdad simple: los autobuses con escalera inaccesible, los edificios con barreras arquitectónicas, los servicios públicos y los lugares de trabajo que no han sido adaptados a mis habilidades, son una dificultad para mí no porque me desplace en silla de ruedas, sino porque los ingenieros, los arquitectos, los proyectistas y gerentes de los servicios públicos y de las fábricas no me han incluido entre los viajeros de autobuses, entre los espectadores de cine y teatros, entre los usuarios de servicios o los trabajadores. Entonces no soy portador de hándicap, sino receptor de handicap. Los ciudadanos invisibles, como han sido definidos en una conferencia europea las personas con discapacidades, necesitan convertirse en ciudadanos visibles.

El tercer nivel de negatividad llega de los **servicios especiales**. Desde las workhouses en Inglaterra y la guerra de los 30 años en Alemania y Francia, se ha desarrollado un modelo de solución a los problemas en habilidades basado en la separación de los lugares de atención social y rehabilitación. Hospitales psiquiátricos, institutos de hospedaje, centros sociales, escuelas especiales, talleres protegidos, son algunos de los servicios que la cultura de la **rehabilitación separada** ha producido. El hecho de que Giampiero Griffio sea considerado por la sociedad un ciudadano especial, ha creado instituciones especiales, actividades protegidas, respuestas a las exigencias de vivir, estudiar, trabajar en lugares especiales, diferentes y separados de los otros Ciudadanos. Así a la negatividad social de una exclusión no elegida por las mismas personas beneficiarias de los servicios, se ha añadido una larga violación de los derechos humanos, una difundida mortificación de recursos y potencialidades, una violencia psicológica – y en varios casos física – que sufrimos toda la vida. La moderna investigación científica ha evidenciado las pesadas psicopatologías de segundo nivel que las soluciones discriminatorias producen sobre personas con discapacidades físicas, sensoriales o mentales.

Alguno de ustedes conocerá seguramente al escritor inglés H.G. Wells, uno de los fundadores de la *science fiction*. Wells ha clarificado muy bien nuestra condición en un cuento. En él imagina que un hombre perdido en las montañas encuentra una valle donde todas las personas que viven allí son ciegos. El protagonista piensa que seguramente aprovechará esta situación, llegando a ser el jefe de esta sociedad. Pero a través de una serie de experiencias negativas comprende que en un mundo de ciegos una persona que ve es discriminada, y se escapa. ¡Qué falso es el dicho romano “Beati monoculi in terra cecorum”! (“En el país de los ciegos, el tuerto es rey”) La realidad es que el hándicap es una relación social y depende de las normas sociales y principios que están en la base de su organización.

La Organización Mundial de la Salud ha identificado tres niveles de evaluación de la condición de personas con discapacidad:

El primero es la **disminución** física, psíquica o sensorial. En mi caso la polio en el tren inferior.

El **segundo** nivel es aquello de la **discapacidad** o discapacidades consecuentes con la disminución. En mi caso la imposibilidad de utilizar el tren inferior.

El **tercer** nivel es el **hándicap**, que deriva de la relación con el ambiente de vida cotidiana. En mi caso un tren inaccesible me produce un hándicap. Es evidente que el hándicap es consecuencia de una exclusión social, que produce discriminaciones o limitaciones en los derechos. No en vano el OMS, en la revisión de ICIDH, que saldrá este año, va en la dirección de reconocer el problema de la discapacidad como problema prevalentemente social y sólo parcialmente médico.

El **ultimo** nivel de negatividad llega de los **sistema de evaluación por porcentaje**. En Italia la persona que os habla ha sido evaluada como inválida al 100%.

Bien, dos son las posibilidades: **la primera** es que yo soy un zombie, porque el 100% de invalidez creo que para todos es la muerte. **El segundo** que los sistemas de evaluación basados en una evaluación de minusvalía mediante un porcentaje sobre una escala de 100 es una tontería. En realidad este sistema – nacido después de la primera guerra mundial como sistema de reembolso de las disminuciones producidas en actividades de guerra o de trabajo – transforma una discapacidad en un número, confundiendo disminución y discapacidad. El resultado es un juicio solamente médico, frecuentemente obscuro porque pone en el mismo número disminuciones y discapacidades muy diferentes y fuertemente negativas: si el director de la biblioteca donde trabajo supiera que tengo un 100% de invalidez probablemente no me daría la carga de responsabilidad de la sección de hemeroteca. Este sistema en fin es fuertemente discriminatorio: efectivamente se utiliza sólo para las personas que son evaluadas diferentes. ¿Por qué no se utiliza por ejemplo para evaluar a los arquitectos, a los profesores, a los médicos? Sin querer hacer una broma demal gusto, ¿qué porcentaje de invalidez se tenía que asignar al jefe del Gobierno Aznar?

EL MARCO DE REFERENCIA INTERNACIONAL Y EUROPEO

En Europa son 37 millones las personas con discapacidades, según afirman varios documentos de la Unión Europea. Efectivamente no existen estadísticas de confianza comparables a nivel europeo, por lo cual no se entiende en qué se basa la política europea en este sector, que frecuentemente es una marcha en la noche más oscura.

Después del año internacional de las personas con discapacidad (1981) y los diez años del programa mundial por el hándicap, las NU han decidido identificar un instrumento internacional de orientación política y comportamental que tiene que estar en la base de las acciones y políticas de los gobiernos y de los organismos internacionales.

El texto base de estas nuevas políticas son "**Las normas estándar de las Naciones Unidas por la igualdad de las oportunidades de las personas con discapacidad**", aprobadas para la Asamblea general de las NU el 20.12.1993 (resolución 48/93).

Las NORMAS presentan las directivas culturales y políticas de cambio social que deberían permitir a todos los ciudadanos, sin excepción, el participar de forma igual en la vida de la sociedad. Las NORMAS son un instrumento internacional de orientación

metodológica, cultural y política, y pueden ser un método de control para garantizar el respeto de los derechos humanos y civiles. También si no son una obligación legal por los Estados, las NORMAS deberían devenir progresivamente un estándar internacional aceptado también a nivel nacional de los países que lo han aprobado. Efectivamente necesitan de una fuerte implicación política y técnica para que la igualdad de oportunidades para la persona con discapacidad lleguen a ser reales. Las NORMAS subrayan que la condición de las personas con discapacidad es un problema de derechos humanos y que hay una violación de estos derechos en todos los países, desarrollados también.

La Comisión Europea (CE), después la publicación en el libro Blanco sobre la Política social europea de la decisión de adoptar las NORMAS (Cap. VI, Par. 23), ha propuesto una recomendación (del 30.7.1996 sobre el mismo argumento - COM(96) 406 final) basándose en ellas, y también bajo la presión del European Disability Forum, el Consejo de los ministros de la UE ha aprobado una Resolución del 20.12.1996 (publ. sobre J.O. de las CE nº C12 del 13.1.1997) que trata de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

En esta Resolución los gobiernos han reafirmado la adhesión:

- 1) A los principios y a los valores de las NORMAS;
- 2) A las ideas de la resolución del Consejo de Europa del 9.4.1992 en materia de readaptación de las personas con discapacidad;
- 3) al principio de la igualdad de las oportunidades en la elaboración de políticas globales para las personas con discapacidad; 4) al principio de evitar o suprimir todas las formas de discriminaciones negativas basadas únicamente sobre un handicap.

Las Normas estándares de las NU

Las NORMAS identifican algunos principios sobre los cuales basar las acciones de los gobiernos y de los organismos internacionales en favor de las personas con Discapacidad

Los principios más importantes son los siguientes:

- El Hándicap es una relación social (ICIDH de la OMS)
- Desarrollo de políticas de igualdad de oportunidades
- Respeto del principio del Mainstream
- Dirigir las acciones a la Vida independiente (autónoma, autodeterminada e interdependiente)
- Garantizar la Participación directa de las personas con discapacidad y de los familiares en las políticas que los implican

El tratado de Amsterdam

Durante la revisión del tratado de la UE ha habido una confrontación sobre los contenidos de la nueva acta europea firmada en Amsterdam, y por primera vez la escritura del nuevo tratado ha sido influenciada por las fuerzas sociales: sindicatos, asociaciones, Forum social europeo, EDF, gracias también al desarrollo del "diálogo social", principio reafirmado en el tratado de Amsterdam. Mas las posiciones radicales de algunos gobiernos (en particular el francés) y la presión social han producido un

capítulo que habla de los problemas del empleo. El movimiento de las personas con discapacidad también ha presionado para incluir una norma antidiscriminatoria (art. 13 y art. 137), en favor de las personas con discapacidad. Estos ciudadanos efectivamente no tienen todavía la libre circulación en los países de la UE (circulación física, de los derechos, de los beneficios, de los standards y de los servicios, etc.). Igualmente las intervenciones de los estados miembros no son homogéneas (por ej. las escuelas especiales y los talleres protegidos). Las intervenciones de la UE en el dominio social (fondo de cohesión, fondos estructurales) y en todo los campos políticos no han incluido todavía los principios de las NORMAS. Europa social significa desarrollar políticas de cohesión social – sintetizadas en el documento de la CE "Agenda 2.000"- de las cuales las personas con discapacidad son parte esencial.

Mainstream

Los ciudadanos con discapacidad son personas privadas de los derechos y de la igualdad de oportunidades. La elección hecha algunos siglos antes de separarnos de la sociedad y de los servicios ordinarios (rehabilitación separada) ha producido una fuerte discriminación y una limitación de oportunidades de elección de vida. ¿Qué opinión tendríais vosotros que me escucháis si la sociedad hubiera elegido separar a todas las personas obesas, a todos los tímidos, a todos los que tienen gafas en clases especiales y separadas? La UE ha subrayado que todos los servicios y las acciones tienen que ser realizados en los lugares ordinarios.

El concepto de mainstream implica tres niveles: **ordinariedad de las responsabilidades**, por ej. del trabajo se tienen que ocupar las entidades competentes sobre el trabajo, y no los que se ocupan de la salud o de los servicios sociales; **respeto a los derechos**, en el sentido de que ha garantizado a las personas con discapacidad la desaparición de todos los obstáculos y discriminaciones que impiden la consecución de todos los derechos de los ciudadanos; **inclusión en los lugares ordinarios**, porque estudiar, trabajar, vivir y divertirse tiene que hacerse en las clases, las oficinas o fábricas, las casas y los cines y hoteles de todos los ciudadanos.

Derechos humanos y derechos civiles

En el momento en que hay personas excluidas y discriminadas se producen sociedades violentas e inhumanas. Yo recuerdo todavía los 5 años de instituto, lejos de mi familia, limitado en mi derecho a jugar, recluso en una institución con normas frecuentemente kafkianas: yo sufro todavía ahora las consecuencias de un tratamiento que ha violado mis derechos humanos y civiles. No se tiene que ir a Burundi o a Bosnia – donde las discriminaciones son terribles - para encontrar personas que han sufrido violaciones de los derechos humanos, violencias físicas y psicológicas, discriminaciones.

¿Algunos de los que me escuchan han pensado alguna vez en que vosotros vais al baño cuando queréis y que yo voy cuando puedo? Nuestra lucha por una integración plena en la sociedad, en los lugares ordinarios de vida es sobre todo una lucha por la defensa de nuestros derechos humanos.

Valorización de los recursos y participación directa

Las personas con discapacidad tienen muchos recursos. Como todas las personas.

Pero no se debe mortificarlos. Buscar modelos de rehabilitación, modelos de "salud", modelos a conseguir sin implicar los recursos de las personas producen para muchas personas una vida negativa, frustrante y autodestructiva. Los objetivos deben ser la vida autónoma y autodeterminada de las personas con necesidades rehabilitativas. Si voy andando con dificultad con las muletas es más importante aprender a caer que aprender a andar.

Ninguno pretende conseguir en una serpiente las cualidades de una jirafa. ¿Por qué parte de los médicos y de los rehabilitadores lo pretenden de las personas con discapacidad? Se tienen que evaluar los recursos de las personas con discapacidad de manera diferente produciendo nuevas formas de adaptación a las actividades de la vida y nuevas soluciones de habilitación y rehabilitación. Las personas con discapacidad buscan una normalidad diferente.

Sociedad de la diversidad

Nuestra lucha está dirigida hacia una crítica radical de las sociedades basadas en la normalización y la estandarización. Estas sociedades aluden a las diversidades como negatividad, empobrecen la visión social de los problemas, buscan de modo miope el aprisionar la realidad en esquemas limitados y limitantes. No es casualidad el que el número de las personas que están sujetas a condiciones de marginalización, de mortificación de recursos y de capacidades, de exclusión social y cultural crece (personas ancianas, inmigrantes, mujeres, desocupados sin empleo, alcohólicos, drogadictos, niños, personas con discapacidad, etc.).

El modelo - si se puede hablar de un modelo – en el cual pensamos no llega de una nueva ingeniería social. Pero nace sobre la base de una convicción profunda que todos pueden observar en la naturaleza, en las multicolores y multiformes soluciones de adaptación que ha desarrollado en millones de años. La naturaleza vive y se reproduce exactamente sobre la riqueza de las diversidades, sobre la valorización de los recursos individuales y de grupo, sobre la capacidad de utilizar al máximo la adaptación ambiental, buscando nuevas soluciones a nuevos problemas. En todos los casos respetando un equilibrio en las especies y el ambiente de vida.

El hombre - y las sociedades que ha creado, sobretudo en occidente - está en condición de reconocer el valor de las biodiversidades (como la convención de Rio de Janeiro), olvidándose cuando se trata de evaluar y valorizar las diversidades humanas.

El próximo milenio necesita de sociedades abiertas, que incluyan a todos los ciudadanos como personas que tienen derechos y pueden ofrecer recursos. Estas sociedades son las que las personas con discapacidad quieren construir, donde cada uno puede expresarse y contar, donde las diversidades no son problemas, sino recursos reales sobre los cuales desarrollar la convivencia civil y proyectar las soluciones sociales.

PRÁCTICAS INCLUSIVAS DESDE EL NIVEL INICIAL . INCLUSIÓN- INTEGRACIÓN



DE LA INTEGRACIÓN ESCOLAR A LA ESCUELA INCLUSIVA

Si bien desde los marcos legales internacionales y nacionales hace casi dos décadas que se viene bregando por una Escuela Inclusiva, **las barreras a la participación**(autonomía y autodeterminación) ,**de acceso**(físicas y ambientales), **para el aprendizaje**(recursos, equipamientos, ayudas técnicas, códigos de comunicación alternativos, formación docente, etc.) y **simbólicas**(prejuicios y discriminación) hacia los estudiantes con discapacidad ,en los distintos niveles educativos ,sigue siendo un desafío por alcanzar.

Barreras que no sólo surgen de las Instituciones educativas de los Niveles y Modalidad Especial, sino también de las familias y los profesionales de Salud.

Mitos tales como *“No estamos preparados para atender niños/as con discapacidad”...*

“Es mejor que inicie el jardín en la Escuela Especial y cuando esté “armadito” lo integramos”...

“Hasta que no se firme el Proyecto de Integración el niño no puede concurrir a la escuela”...

“La docente podrá dedicarle la misma atención que le doy yo a mi hijo”...

“No podemos hacer las configuraciones de apoyos hasta que los profesores no nos entreguen los programas”...

“El neurólogo recomendó que fuera a una Escuela Especial”....

Y

otros tantos que circulan el cotidiano de nuestras prácticas educativas , nos hacen reflexionar acerca del posicionamiento que tenemos en relación a la inclusión Educativa de los estudiantes con discapacidad.

Es importante realizar entonces, en las Instituciones educativas de los Niveles, Diagnósticos Situacionales acerca de cuáles son las Barreras que están limitando la participación de los estudiantes con discapacidad , si realmente queremos ser una Escuela Inclusiva.

Nos encontramos actualmente en nuestro País en un **proceso de transición** desde la Propuesta **de INTEGRACIÓN a la INCLUSIÓN** de estudiantes con discapacidad en el Sistema educativo. Las diferencias entre **Integración** e **Inclusión** existen y están claramente definidas en una diversidad de documentos tanto normativos como bibliográficos. Así como desde una perspectiva **integradora** describimos al estudiante por aquellas necesidades que requieren intervenciones desde la adecuación; desde un modelo **inclusivo** lo hacemos tomando como punto de partida las necesidades educativas derivadas de la discapacidad (NEDD) y en virtud de los entornos, avanzamos a la eliminación de las **“barreras al aprendizaje y la participación**

INCLUSIÓN E INTEGRACIÓN deben vincularse y repensarse en las prácticas, al menos hasta que logremos a futuro hablar de CONVIVENCIA EN LA DIVERSIDAD, con escuelas para todos y un sistema de apoyos desde educación especial dentro de las Instituciones de los niveles educativos .

“La **educación inclusiva** ha sido y es reconocida como la propuesta pedagógica más adecuada para que los estados garanticen la universalidad y la no discriminación en el derecho a la educación. Centra su preocupación en el contexto educativo y en cómo mejorar las condiciones de enseñanza y aprendizaje para que los estudiantes participen y se beneficien de una educación de calidad. Supone un sistema unificado e integrado para todos, lo que implica la exigencia de un currículo común con la posibilidad de desarrollar adaptaciones curriculares para atender a las diferencias y particularidades de cada estudiante.

En el proceso de **integración**, el sistema permanece más o menos intacto, mientras que los estudiantes tienen que adaptarse con el acompañamiento de quienes los asisten y/o los educan.

Muchas veces las políticas de integración han asumido que la exclusión de las personas con discapacidad “por razones de normalidad” se podía modificar desde la Educación Especial. La **inclusión** no significa una ruptura de los fines que persiguen los procesos de integración, implica una reorganización de todo el Sistema educativo para posibilitar el acceso, la permanencia y los logros de todos los alumnos. **Las necesidades de los alumnos son vistas como necesidades de la Institución y las diferencias están dadas por los estilos, ritmos, motivaciones para el aprendizaje**” (Educación Especial: Una Modalidad del sistema educativo, Ministerio de Nación 2011, pag 25).

Llevar a cabo prácticas educativas inclusivas implica que las escuelas propicien el desarrollo de contenidos transversales como la igualdad de derechos, la convivencia y el respeto por las diferencias a fin de fortalecer el trabajo colaborativo en los ámbitos de aprendizaje.

Supone también una mirada de la enseñanza superadora de modelos didácticos tradicionales y de escenarios áulicos o formatos rígidos de paradigmas históricos. En este sentido considera a la educación inclusiva no solo la que incorpora a los estudiantes con discapacidades sino que da cuenta del reconocimiento de las particulares y las necesidades de cada uno de los alumnos.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA.

BARRERAS Y APOYOS

Para poder lograr Escuelas inclusivas, no alcanza con la implicancia de los profesionales docentes intervinientes en la Propuesta Pedagógica de inclusión. ***La transformación de escenarios en búsqueda de mayor accesibilidad y participación de personas con discapacidad requiere pensar en cómo se prepara toda la Escuela para la diversidad de estudiantes.***

A tal fin es necesario utilizar los espacios de trabajo plenario con participación de todos los actores institucionales (personal de conducción, docentes, técnicos, auxiliares, alumnos, familias) para realizar un diagnóstico de situación acerca de cómo se encuentra la Escuela en relación a la inclusión, detectando barreras que la limitan, priorizando líneas de acción de acuerdo a la urgencias y elaborando un ***Proyecto específico de Inclusión, transversal a todo el Proyecto Institucional.***

Esto permitirá definir objetivos claros, acuerdos consensuados, acciones precisas y responsables implicados en la toma de decisiones y evaluación de los procesos de inclusión y del impacto en la comunidad educativa.

Como dijimos anteriormente la relevancia del ***Modelo Social apunta a la eliminación o reducción de las barreras*** que suponen en la práctica una dificultad significativa a la persona con discapacidad para mejorar su experiencia educativa. Las barreras más relevantes y frecuentes son: (resolución 1664/17)

-**Socio-comunicativas:** la forma en que se comunica y relaciona un grupo influye en la posibilidad de relación social de una persona con discapacidad. (Ej. conocimiento del lenguaje de señas por parte de docentes, compañeros y padres de un alumno con hipoacusia).

-**Actitudinales:** Disposición de las personas del entorno a relacionarse, aceptar e incluir a las personas con discapacidad es fundamental.

-**Formativas:** El nivel de conocimiento que tenga una persona o grupo para dar apoyo eficaz a la persona con discapacidad.

-**Físicas:** Aquellos obstáculos o barreras que dificulten al acceso a diferentes espacios.

-**Psicológicas o cognitivas:** La dificultad o complejidad de las tareas o demandas del entorno tiene una función decisiva en muchos casos. Puede ser desde una tarea escolar, a usar el transporte público o comprar en un mercado.

-**Culturales:** El conjunto de creencias compartidas que un colectivo tenga acerca de los diversos temas como la discapacidad, la educación, la igualdad, entre otros, influyen significativamente en las personas con discapacidad. Motivo por el cual es relevante que este aspecto se constituya central en el Proyecto Institucional.

-**Socio-económicas:** El grado de desarrollo social y económico de una familia, una escuela o un país son decisivos también en la vida de las personas con discapacidad.

-**Materiales:** la existencia de los recursos humanos y materiales que se necesitan y los recursos didácticos y tecnológicos requeridos.



DETECCIÓN DE BARRERAS INSTITUCIONALES



Plan de ACCIÓN para superarlas



Proyecto Específico transversal a todo el Proyecto Institucional.

ALGUNAS SUGERENCIAS DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN CON TODA LA COMUNIDAD EDUCATIVA.

- **Capacitación de todo el personal directivo, docente y auxiliar.** *Ejemplo: Se puede planificar un Proyecto de Capacitación en servicio con profesionales del Ce.A.T y los jardines con que articula.*
- **Prevención de situaciones de discriminación y acoso. Plan de Convivencia.** *Ejemplo. Incorporación en el Plan de convivencia de estrategias para prevenir estas situaciones y que sean tratadas en las distintas áreas pedagógicas.*

- **Talleres con todas las familias de la Comunidad educativa.** *Ejemplo Talleres vivenciales donde familias de los niños/as con discapacidad compartan la experiencia de criar a sus hijos a otras familias que desconocen lo cotidiano de la diversidad.*
- **Actividades grupales compartidas con el Ce.A.T o el SA ATDI.** *Ejemplo: Organización conjunta de actos del calendario escolar o propuestas como festejos institucionales, salidas, etc., vivenciando las experiencias los alumnos del nivel con los del Ce.A.T.*
- **Provisión de Recursos Humanos.** Reorganización de los recursos humanos y gestión de nuevos cargos según las necesidades de las Instituciones.
Ejemplo: En las situaciones donde no se pueden designar más maestros de apoyo a la inclusión se podría planificar un Proyecto de pasantías anuales con los estudiantes avanzados de las carreras de los Profesorados en discapacidades.
- **Reorganización del Organigrama Institucional. Espacios. Tiempos. Recursos**
*Ejemplos: destinar un espacio institucional para uso exclusivo de las reuniones de seguimiento de las Propuestas educativas de Inclusión.
Construcción de rampas y baños accesible con recursos de la Asociación Cooperadora y subsidios de empresas...*



- **Articulaciones con la 1ª Sección del Nivel Inicial. Nexos con los EOE (equipos de orientación escolar de psicología comunitaria y pedagogía social) los ET (equipos técnicos de educación especial) y los equipos terapéuticos particulares.**

Todo proceso de INCLUSION EDUCATIVA requiere de **Articulaciones intra-interinstitucionales e intersectoriales.**

Intrainstitucional: Hacia dentro de las Instituciones, ya que es necesario acordar cómo se llevará adelante la oferta de inclusión. Es necesario saber cómo está posicionada la Escuela, para poder superar las debilidades institucionales y aprovechar las fortalezas que faciliten las prácticas inclusivas.

Interinstitucionalmente, los Niveles y Modalidades de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social, y de Educación Especial deberán establecer acuerdos interinstitucionales que enmarquen el trabajo conjunto, cooperativo, definiendo acciones complementarias, y diferenciadas que permitan optimizar los recursos y dar una respuesta integral y consensuada al estudiante con NEDD y familia.

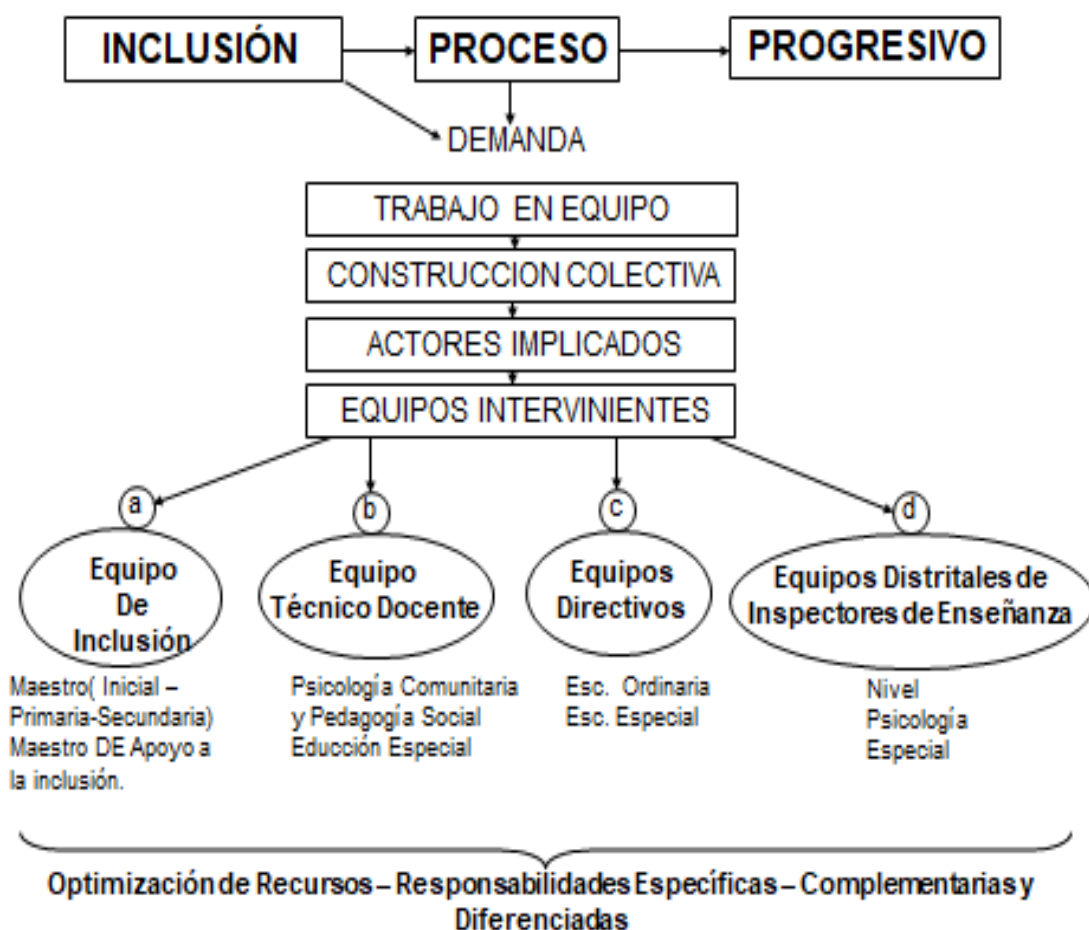
Intersectorialmente, los equipos de educación deben estar abiertos a la Interdisciplina con otros Sectores que brindan atención al niño/a y su familia: Salud, Acción Social, Secretaría de Niñez y Adolescencia, Justicia, Organizaciones Gubernamentales y no Gubernamentales.

- **PROYECTOS DE INCLUSIÓN EN INSTITUCIONES DEL NIVEL MATERNAL PARA NIÑOS CON NEDD.**

En el mapa conceptual (Cuadro1) se observa la cantidad de actores involucrados en el acompañamiento de la trayectoria escolar de un niño/a con discapacidad y su familia en su ingreso al nivel Inicial.

Esta construcción colectiva, requiere de **actores implicados y comprometidos** desde su rol específico, que se encuentren dispuestos a la Interdisciplina.

CUADRO 1



*“Es necesario pensar en un conjunto de intervenciones organizadas y coordinadas en un trabajo articulado, colaborativo y centrado en la **corresponsabilidad pedagógica** de todos los actores del Sistema educativo. La sola presencia de un niño, niña, adolescente, joven o joven adulto con discapacidad por sí solo, no torna necesaria la intervención de Educación Especial.”(Resolución 16664/7)*

Es importante entonces pensar en **Dispositivos Educativos de Inclusión** (conjunto de prácticas organizadas en tiempos, espacios, relaciones, propósitos, diseñadas para facilitar el tránsito escolar del estudiante con necesidades educativas)entre el Nivel y los equipos de Orientación

Escolar de Psicología Comunitaria y Pedagogía Social como primera instancia para dar respuestas a un niño/niña con necesidades educativas.

Educación Especial intervendrá cuando se agoten las estrategias del dispositivo puesto en práctica y con el acuerdo de la familia, el Nivel o Modalidad.

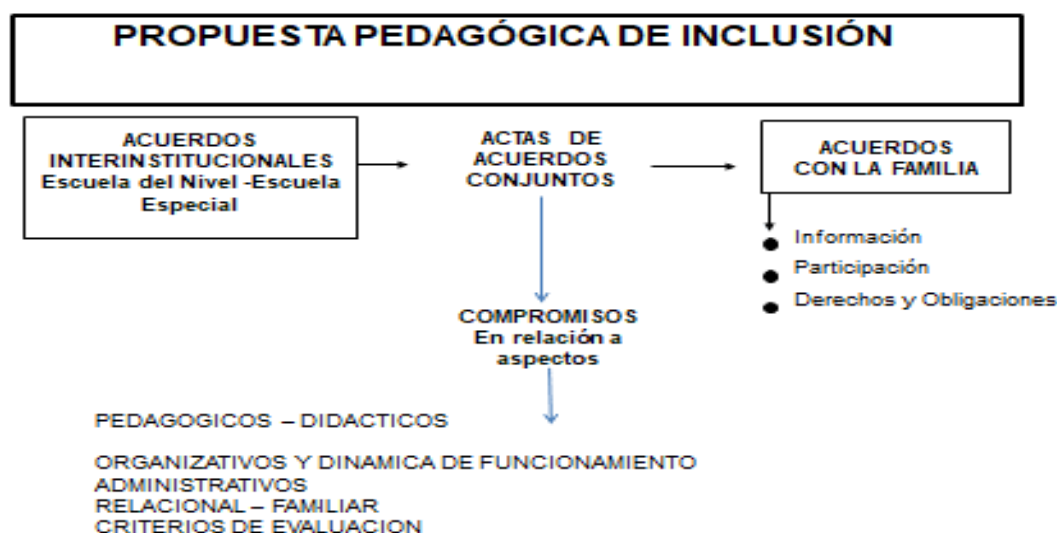
ACUERDOS INTERINSTITUCIONALES ENTRE LOS EQUIPOS INTERVINIENTES Y CON LA FAMILIA.

El siguiente esquema, (Cuadro 2) muestra la necesidad en toda Propuesta Pedagógica de Inclusión (PPI) de establecer **ACUERDOS CONJUNTOS** entre las Instituciones intervinientes, la Familia y el niño/a con discapacidad. Para ello es fundamental que la familia y el niño/a estén informados acerca de la situación de la trayectoria escolar y las propuestas de los profesionales de educación, que puedan participar, ser escuchados en sus expectativas, dudas, sugerencias y que conozcan sus derechos y obligaciones en la marcha del Proyecto de Inclusión.

De este modo se **firmarán acuerdos** en relación a aspectos pedagógicos-didácticos (configuraciones de apoyos) sobre la Propuesta pedagógica singular, sobre cómo será la dinámica organizacional y de funcionamiento (horarios, concurrencia del docente de apoyo a la inclusión, espacios, agendas, etc.). Sobre aspectos relacionales con la familia (modo de circulación de la información, participación en la toma de decisiones, autoridad pedagógica, interdisciplina con profesionales externos, etc.) y sobre los criterios de evaluación (acerca de los responsables de la evaluación ,acreditación de saberes, promoción y certificación de estudios).

Por otro lado es importante “generar instancias de cooperación, trabajo colaborativo, y complementariedad con los **profesionales externos al Sistema educativo** que realicen acompañamientos a la persona con discapacidad, los cuales se rigen por la normativa vigente. *Dicho aporte no implicará condicionamiento a la decisión por parte de la institución educativa de desarrollar tal o cual acción o estrategia educativa, sino que tiene el carácter meramente orientativo o consultivo*”(resolución 1664/17).

CUADRO 2



. Características y funciones del maestro especializado de apoyo a la inclusión (maestra de ATDI que realizará el apoyo a la inclusión en el Jardín Maternal)

- ✓ Manejar técnicas básicas para atender las NEDD.
- ✓ Organizar el trabajo individual y grupal junto al docente del Nivel.
- ✓ Desarrollar competencias para el diseño y planificación de actividades y para la construcción de apoyos que faciliten la trayectoria educativa de los alumnos.
- ✓ Determinar el nivel de progreso a ritmo de aprendizaje de cada alumno.
- ✓ Observar, las destrezas, las competencias de los alumnos.
- ✓ Realizar las configuraciones de apoyo habilitando el acceso al proyecto áulico.
- ✓ Trabajar en equipo.
- ✓ Tendrá que ser creativo para el trabajo.
- ✓ Mostrar flexibilidad en sus criterios.
- ✓ **Ser optimista en la tarea.**



Corresponsabilidad entre Niveles y Modalidades

El compromiso conjunto en la implementación de Propuestas Pedagógicas de Inclusión de estudiantes con discapacidad, implica la **responsabilidad compartida** en el cumplimiento de los logros previstos. Atrás quedaron los paradigmas donde la evaluación, planificación y toma de decisiones sobre la trayectoria escolar estaba solamente a cargo de los especialistas de Educación Especial. Es urgente que el Nivel inicial se implique y se comprometa con los niños/as con NEDD. **Es tiempo de aprender juntos para lograr culturas más inclusivas en un futuro no muy lejano.**

ESCALA DE CALIFICACIÓN DEL AMBIENTE PARA BEBÉS Y NIÑOS PEQUEÑOS (ITERS-R) Edición Revisada

Edición revisada T. Harms R. Cryer R. Clifford

A continuación se realiza una breve presentación de la Escala de Calificación del Ambiente para bebés y niños pequeños (ITERS-R), con el objetivo de que puedan tener un recurso para valorar el contexto de los Jardines Maternales u otros espacios de primera infancia (UDI, CDI, Guarderías), para mejorar las prácticas y buscar estrategias conjuntas de intervención.

- El ITERS –R mide **la calidad de los Procesos** dentro del aula en Programas de educación y cuidado infantil, para niños en edades de cero a tres años.
- Proporciona **una evaluación del contexto infantil**, enfocándose principalmente en los recursos que el Programa de la Institución utiliza, para promover el desarrollo infantil en todas sus áreas: **afectiva o personal, lenguaje, social, motriz y creativa.**

- Los recursos incluyen el uso del espacio, los materiales, las experiencias, la programación diaria y la supervisión.

EVALÚA:

- **Seguridad y protección.**
- **La provisión de los estímulos apropiados a través del lenguaje y las actividades.**
- **Las interacciones de calidad y fortalecedoras del desarrollo de l@s niñ@s.**

ESTRUCTURA DE LA ITERS-R

La escala cuenta con 43 ítems para puntuar, divididos en **7 subescalas** que incluyen:

- **ESPACIO Y MUEBLES**
- **RUTINAS DE CUIDADO PERSONAL**
- **ESCUCHAR Y HABLAR**
- **INTERACCIÓN**
- **ACTIVIDADES DE APRENDIZAJE**
- **ESTRUCTURA DEL PROGRAMA**
- **PADRES Y PERSONAL**

FORMA DE ADMINISTRACIÓN

Distintos aspectos de cada una de las subescalas se puntúan a partir de la **Observación no participante** de las actividades cotidianas en una mañana, en la sala.

Es importante ser objetivo, preciso y solo calificar lo que se observa (no evaluar) **“Sacar un fotografía de la situación observada”.** **No interpelar.**

Es importante calificar los ítems que evalúan interacciones solo después que haya observado por un tiempo suficiente para obtener una imagen representativa.

Es esencial que el día de la visita sea un día regular de clases. Planee que estará observando entre 3 y 4 horas. Deberá llegar al menos 15 minutos antes del comienzo de la jornada escolar y explicar a la docente o cuidadora lo que va a realizar.

Es importante desde el rol de observador la actitud corporal, la disponibilidad para ubicarse e invisibilizarse y la disociación instrumental para puntuar sin interpretar.

TERMINOLOGÍA IMPORTANTE

Accesible:

El material está al alcance de los niñ@s.

Pueden tomarlo, utilizarlo y guardarlo. No significa que todo niñ@ tiene que tener acceso en todo momento. Un material es NO ACCESIBLE cuando queda fuera del alcance del niño, o materiales por los cuales el niño tiene que pedir permiso a los educadores para usar.

Gran parte del día o a lo largo de la observación:

Se refiere al tiempo en que los materiales están a disposición de los

niñ@s .Si se impide que losniñ@s usen los materiales durante largos períodos de tiempo a causa de rutinas largas,horarios de grupos o almacenamientos en lugares no accesibles,no se puede dar una calificación positiva.

En caso de bebés que no se pueden desplazar ,no es necesario que todos los juguetes estén disponibles al mismo tiempo durante toda la observación debido a problema de desorden,sin embargo debe haber indicadores claros de que estos niñ@sdisponen en varias oportunidades durante el día de la variedad y cantidad necesaria de materiales.

Algunos ,en cierta medida y muchos:

Se usa en toda la Escala para denotar **frecuencia y cantidad**.

Personal/Staff:

Todos los adultos que interactúan con los niñ@s en el aula ,todos los días.

Se analizará en clases a modo de ejemplo algunos items de laSub-escala ESCUCHAR Y HABLAR y la hoja de calificación.



EL BEBÉ PREMATURO



Carta de un Prematuro a sus Padres

A mis padres: Para todos soy un prematuro porque nací antes de tiempo. Prematuro, como si fuera algo malo... Muchos me miran con aprehensión, otros con pena y compasión y algunos hasta con curiosidad. Pero yo quisiera decirles a ustedes, mis padres que por favor me miren como a un hijo. No teman hacerlo. Nacer antes de tiempo no es culpa de nadie, y para querer y ser querido no se necesita ser grande. Es cierto que me falta ser más maduro, y hasta entonces necesito de los demás, especialmente de mis médicos y enfermeras. Pero a ustedes, mis padres, puedo verlos y sentirlos. Necesito mucho de vuestro cariño, como estoy seguro ustedes también del

mío. ¿Por qué no pensar que somos afortunados por poder vernos antes? Es bueno nacer ya grande Pero si igual estamos juntos No es malo pesar poco y ser prematuro. Ustedes son tal cual los imaginaba. Yo diría que quizás aún mejor, y cuando me miran y sonrían me están diciendo.... que lo mismo piensan de mí. A veces los veo apenados por no poder abrazarme y alzarme, sin embargo por mi pequeño tamaño una caricia de ustedes me colma de amor. Desde mi incubadora veo a todos inmensos, imponentes en sus uniformes. Pero cuando llegan ustedes sólo veo vuestros ojos, y cuando me miran me siento igual que antes cuando no había nacido. Porque me siento protegido, Y por sobre todas las cosas: querido. No dejen de mirarme; yo mas que los veo, los siento, y así estamos como antes, como siempre...juntos. Queridos padres: soy vuestro hijo, el mismo que ustedes concibieron; quizás no el que ustedes imaginaron cuando primero me vieron. Pero yo les doy una nueva oportunidad Todas las oportunidades y tiempo que necesiten para reponerse del susto, para asumir los problemas que he provocado y para reorganizar nuestra casa, porque yo los quiero y sé que USTEDES a MÍ. (Guía para Padres de Prematuros, Ac. Miguel Larguía, Hospital Materno Infantil R.Sardá,2009)

Todos los recién nacidos son vulnerables, pero los bebés prematuros son más aún. "Los nacimientos prematuros representan casi la mitad de todas las muertes de recién nacidos en el mundo"... "Ahora, son la segunda causa de muerte en niños menores de 5, después de la neumonía."(ONU)

"La prematurez es la primera causa de mortalidad infantil en Argentina en menores de 1 año: mueren más de 4.500 bebés prematuros cada año. Según una encuesta realizada en 153 hospitales por UNICEF(2011), en el 54% de los servicios de neonatología hubo niños y niñas que en los últimos meses fallecieron sin la compañía de su familia y sólo el 39% permite el ingreso irrestricto de los padres. Está demostrado que el acompañamiento continuo por parte de la familia durante la internación presenta múltiples ventajas para la recuperación integral del pequeño.

En Argentina, cada año nacen algo más de 740.000 niños y niñas (745.336 en 2009) de los cuales el 8% (60.000) nace antes de las 37 semanas de gestación, es decir que son prematuros. De la totalidad de los nacidos, el 7,5% (55.900) pesa al nacer menos de 2.500 g, y el 1,1% pesa al nacer menos de 1.500 g (8.144)(3).

Si bien proporcionalmente los nacimientos prematuros pueden parecer relativamente pocos, el 50% de los niños y las niñas que fallecen por año en Argentina antes de cumplir el año de edad, son prematuros, es decir, cerca de 4.500 niños. Los recién nacidos con un peso menor a 1.500 g que son mucho menos, representan el 33% del total de muertes. ***Esto quiere decir que la prematurez es la primera causa de la mortalidad infantil en Argentina y que los que nacen con menos de 1.500 g son nuestra prioridad. La prematurez es parcialmente prevenible.***

La morbilidad y la sobrevida de los recién nacidos prematuros es muy diferente dependiendo de la edad gestacional y el peso con el que nacen. Cuantas menos semanas de gestación y menor peso tienen, mayor es su inmadurez, su vulnerabilidad ante los eventos adversos y, por lo tanto, el riesgo de morir. En los últimos 10 años se ha logrado mejorar la sobrevida en el grupo de los recién nacidos con un peso entre

1.501 g y 2.500 g: sobrevive el 98% de los que pesan entre 2.000 y 2.500 g, y el 93% de los de entre 1.501 g y 1.999 g.

Por el contrario, la sobrevivencia de los prematuros que pesan al nacer menos de 1.500 g deja un espacio para la mejora: sólo el 63% sobrevive mientras que en países industrializados, y en muy pocas instituciones de nuestro país, la sobrevivencia alcanza el 90%. Estos valores reflejan la inequidad que existe en el acceso a una atención altamente especializada de estos recién nacidos y la presencia de muchos otros factores de riesgo que podrían estar determinando una sobrevivencia menor".(Unicef – Ministerio de Salud Argentina 2011)

El problema de los nacimientos prematuros no se limita a los países de bajos ingresos. Los Estados Unidos y Brasil se ubican entre los 10 países con mayor número de nacimientos prematuros. Por ejemplo, en los Estados Unidos, alrededor del 12 por ciento, o más de uno en nueve de todos los nacimientos, son prematuros.

La Prematurez es una condición biológica de origen multifactorial(biológico,ambiental y social).Implica para la mayoría de las personas que nacen con esta condición,largos períodos de recuperación y plazos de seguimiento muy extensos.Necesitan además de equipos humanos y servicios especializados que den respuesta a las distintas necesidades en las etapas de la vida que van atravesando.

Es importante tener presente que cuando realizamos la valoración del desarrollo de un bebé prematuro es necesario considerar su EDAD CORREGIDA :

*Por ejemplo, si un niño nació en la semana 33 de **gestación** (EG: 33semanas),fue entonces 7 semanas **prematuro**(40-7=33). Si ahora tiene 6 meses de edad=**Edad Cronológica** (24 semanas desde el nacimiento) su **edad Corregida** será 24-7:17 semanas=4 meses y 1 semana. Entonces será EC: 6m y ECorr: 4m y 1s.*

Esta corrección se contempla hasta los 24 meses de edad. Es decir que se debe valorar el peso, talla, perímetro cefálico, cociente de desarrollo y adquisiciones motoras hasta los 2 años considerando la edad corregida. Una vez llegada a esta edad se aplica la edad cronológica real del niño.

Los bebés que nacen prematuramente permanecen semanas o meses internados en una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Estos bebés durante este tiempo de internación y dada la inmadurez Funcional que presentan, pueden padecer diferentes complicaciones orgánicas según la edad gestacional, peso al nacer, noxas a las que están expuestos.

Así mismo para los padres, el nacimiento antes de tiempo de su bebé y la inmediata separación para su internación en una UCIN es una situación muy estresante, que genera mucha preocupación e incertidumbre. La externa fragilidad del bebé prematuro y la necesidad de la aparatología específica para salvar su vida y asegurar su maduración orgánica, restringe a los padres la posibilidad de interacción con su bebé surgiendo en ellos desorientación respecto de qué hacer, cómo acercarse y vincularse con él.

Por esto surge la necesidad de brindar orientación específica durante la internación del bebe dando la oportunidad a los padres de aprender y comprender los estados comportamentales y necesidades de su bebe prematuro favoreciendo el establecimiento del Vínculo y comunicación entre ellos que promueve el desarrollo del bebe.

Por otra parte resulta necesario realizar el Seguimiento del crecimiento y desarrollo del bebe luego del Alta de la UCIN, en el caso en que se encuentre en riesgo de padecer algún tipo de déficit a corto o largo plazo de orden Neurológico, orgánico, sensorial, conductual.

Para las familias el *momento del Alta* luego del largo tiempo de internación es un "*momento de enorme trascendencia*". Muchos son los sentimientos que pueden experimentar los padres como ansiedad, temor, responsabilidad, por el hecho de que tendrán a su cargo el cuidado del bebe. En esta etapa los padres necesitan tiempo, preparación y apoyo emocional tanto de su entorno cercano, familia y amigos como también del Equipo de profesionales durante la Etapa Pre-Alta.

Los dos o tres primeros años de vida de un niño son críticos, es donde el niño debe armar las estructuras comunicativas, lingüísticas, desarrollo físico y emocional como así también el aumento de peso corporal.

Los prematuros constituyen un capítulo aparte en la atención temprana. Es importante tener en cuenta que los bebés prematuros presentan o pueden presentar muchos factores de riesgo, es necesario en ellos continuar con un mayor seguimiento. En este seguimiento la ganancia de peso es fundamental.

La intervención de los equipos de Salud y de Educación debe apuntar al acompañamiento, seguimiento, orientación y prevención.

Es así que, cuando en un niño, en los sucesivos controles se observa un descenso del peso se propone de manera inmediata incorporarlo a un programa de nutrición y de intervención oportuna a través de los espacios de Atención Temprana del desarrollo infantil.



COMO CONSIDERAR LA PREMATUREZ

Según el peso de nacimiento:

- Bajo peso de nacimiento (BPN): < 2.500g
- Muy bajo peso de nacimiento (MBPN): < 1.500g
- Extremado bajo peso de nacimiento (EBPN): < 1.000g

Según la edad gestacional:

- Muy prematuros: < 32 sem
- Extremadamente prematuros: < 28 sem
- Extremada baja edad gestacional

VIGILANCIA

Es importante considerar durante el seguimiento de un bebé prematuro:

- Integrar la observación del desarrollo, la conducta y el examen neurológico
- Si no aparecen signos en los primeros años, el riesgo de Parálisis Cerebral o Retardo Mental severo es más bajo, pero hay que estar atentos a la aparición de signos precoces de *problemas de conducta, coordinación motriz, atención, lenguaje, para abordarlos tempranamente.*
- A medida que pasan los controles de seguimiento, es importante brindar alivio a los padres comentando con ellos lo que ya no es riesgo para el niño (parálisis cerebral severa, retardo mental severo, etc.) *Rosenbaum 2006*

POSIBLES SECUELAS DE LA PREMATUREZ

DESARROLLO COGNITIVO

- Algunos niños presentan retrasos cognitivos leves con posterior equiparación.
- Otros presentan retrasos temporarios que significan problemas persistentes.
- La discapacidad severa que se observa con mayor frecuencia en los niños de MBPN y EBPN a los 18 y 30 meses es la discapacidad cognitiva (- 2DS por debajo de la media). *Aylward 2002. Stephens 2009*

DESARROLLO CONDUCTUAL

- Problemas en la auto regulación. La auto regulación no es un fin en sí mismo, sino un conjunto de procesos que permiten a un individuo llevar a cabo una actividad con un objetivo

En los comienzos de la vida, los padres son co- reguladores, pero con el tiempo el niño debe utilizar recursos internos para autorregularse y relacionarse con su ambiente.

- La falta de habilidades de auto regulación puede traer problemas en el manejo de la atención, labilidad emocional, pobre control conductual.
- Los déficits tempranos en la autorregulación se han relacionado con TDAH, trastorno oposicionista desafiante, trastornos del aprendizaje
Kmita 2009, Clark 2008

PROBLEMAS SENSORIALES

HIPOACUSIA

Hay creciente evidencia que sugiere que la combinación de factores ambientales, genéticos y farmacológico en la UCIN, pueden ser perjudiciales para el sistema auditivo en desarrollo
(Zimmerman, 2012)

En prematuros de menos de 1500g: Severa 1-9%
Leve 11- se relacionan con dificultades sensoriales

CEGUERA POR RETINOPATÍA DEL PREMATURO

1-10% en EBPB

Miopía/estrabismo 9-25%

http://www.lowvision.org/retinopathy_of_prematurityxx.htm

Autismo en 15/27 pacientes con ROP (RM, 1/3 PC) (Fernell 2008)

LA INCORPORACIÓN DEL PROFESIONAL DE ATDI EN LA UCIN

El/la profesional de ATDI que forma parte de los equipos de Neonatología tendrá que tener *habilidades* para trabajar en equipo con especialistas de salud y enfermería, *conocimientos* sobre las necesidades y posibilidades de los bebés prematuros y *aptitudes* para el trabajo con las familias para ayudarlos a sobrellevar ese momento crítico y estresante que viven durante la internación de su hijo/a.

Acompañará fundamentalmente:

- Dando información, ayudando a que comprendan qué está pasando. Informarlos durante la internación los ayuda a disminuir la angustia y a minimizar el impacto al que se enfrentan cuando dejan a su bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. (UCIN). La información les permite entender la problemática del bebé prematuro, familiarizarlos con las técnicas, los protocolos, el lenguaje utilizado por el personal de enfermería y médico, entender al equipo de salud y colaborar en la atención del bebé.
- También ayuda el poder relacionarnos con otras familias, conversar, “poner en palabras” y compartir todos estos sentimientos que los identifican.
- Acompañarlos para que comiencen con el cuidado del bebé durante la internación hace posible establecer un vínculo que no pudo darse naturalmente en el momento del nacimiento. Ayudarlos a sentir que “ese bebé” es su hijo les proporciona una experiencia que, día a día, los va preparando para el alta y asegura la continuidad en los Programas de Seguimiento.

Cuidados que pueden Brindar los Padres (Guía de Padres de prematuros, Hospital Materno Infantil R.Sardá, 2009)

Una vez que los papás se han repuesto del susto que sienten al ingresar a la Neo pueden asumir un papel activo en el cuidado de su hijo. Para poder hacerlo necesitan indicaciones y orientaciones sobretodo del personal de enfermería. Los padres tienen que recuperar la confianza en sí mismos para cumplir la función de cuidado del niño y encontrar la manera de expresarle cariño y demostrarle que es aceptado tal como es aunque no se parezca al bebé que se habían imaginado. Los padres pueden participar activamente en el cuidado y recuperación de su hijo a través de las siguientes acciones:

- ♥ Hablarle.
- ♥ Acariciarlo, calmarlo luego de una extracción de sangre, procedimiento, etc.
- ♥ Realizar contacto piel a piel (sacándolo por un rato de la incubadora)
- ♥ Alimentarlo por gavage (bajo supervisión de enfermería).

Contacto piel a piel (COPAP)

Consiste en sacar al bebé de la incubadora y ponerlo sobre el pecho descubierto de la mamá. Es una práctica simple y segura que produce beneficios para el bebé y para la mamá. Está comprobado que esta práctica

- ♥ estabiliza la temperatura de los bebés mucho mejor que las incubadoras,
- ♥ reduce el tiempo de hospitalización
- ♥ y contribuye a reforzar el vínculo madre-hijo.

El contacto piel a piel puede incorporarse al plan diario de cuidado del recién nacido siempre que el médico lo autorice. Se recomienda que la duración de este contacto sea de una hora como mínimo. El papá también puede realizar esta práctica si lo desea. *Las condiciones clínicas del recién nacido y el deseo de los padres son las únicas limitantes en la duración del contacto piel a piel.*

Alimentación

La leche de su mamá es el alimento ideal para el recién nacido sano, también para el enfermo y especialmente para el prematuro.

♥ Aunque el embarazo no haya llegado a término, la leche de la mamá del prematuro tiene características que se adaptan a las necesidades especiales de su bebé.

♥ El calostro, que tiene muchas proteínas y anticuerpos, es muy necesario para el bebé prematuro. A medida que pasan los días, la composición de la leche materna va cambiando adaptándose al bebé. *Para la mamá es muy importante darle a su hijo prematuro su propia leche ya que así sentirá que ella también está haciendo algo especial por su bebé., y que no todo está en manos de los médicos.*

Mientras el bebé no tenga fuerza suficiente para mamar es necesario que la madre vaya al lactario para extraerse leche. La extracción de leche debería iniciarse dentro de las 12 horas luego del parto. Las extracciones deberían realizarse cada 3-4 horas.

¿Cómo puede recibir el bebé la leche de su mamá?

Cuando el bebé todavía no es capaz de succionar o si es necesario darle algún suplemento se le pasa la leche por un tubito muy flexible que se introduce por la nariz o por la boca y que llega hasta el estómago. Ese tubito se llama Sonda nasogástrica u orogástrica. A través de la sonda nasogástrica, el bebé recibe pequeñas cantidades de leche materna varias veces al día. Algunos bebés pueden recibir alimentación por boca ya que antes de nacer, durante el último trimestre del embarazo, el feto realiza movimientos de succión y traga líquido amniótico. El momento de comenzar a mamar directamente del pecho la decidirá el médico tan pronto como le sea posible al bebé. Las primeras prendidas al pecho requerirán mucha paciencia y ayuda por parte del equipo de salud.

Visitas de Abuelos y Hermanitos

Las internaciones de los prematuros suelen ser prolongadas y es importante prevenir el aislamiento y/o los temores por parte de la familia de este nuevo integrante. En la

Maternidad Sardá para facilitar la integración familiar se organizan las visitas de abuelos y de hermanos. Los papás pueden estar al lado de su hijo todo el tiempo que puedan pero las visitas deben ser organizadas en determinados días y horarios. Antes de ingresar a la Neo para ver al bebé los abuelos deben participar en una “reunión de abuelos” en las que el personal explica las características y necesidades de los bebés prematuros.

Así mismo los hermanitos participan en una “reunión de hermanos” en la que reciben información adecuada a su nivel de edad.

¡Es muy importante cuidar la higiene y evitar contaminaciones! Todos deben utilizar camisolín para ingresar a la Neo. Todos deben lavarse las manos muy bien con jabón antiséptico.

El Cuidados del Bebé en el Hogar

Los padres están ansiosos y como perdidos al salir de la internación en la Unidad de Cuidados Neonatales. A partir del “alta” ellos son los encargados de las tareas habituales del cuidado de su bebé: darle de comer, hacerlo dormir, bañarlo, vestirlo....

Alimentación

La alimentación ideal del bebé prematuro es la leche de su madre porque:

- ♥ contribuye a la maduración de su aparato digestivo.
- ♥ le aporta las importantes cantidades de anticuerpos, protegiéndolo contra enfermedades respiratorias e intestinales más comunes.
- ♥ a largo plazo mejora la agudeza visual, el funcionamiento cerebral y el desarrollo de la inteligencia.
- ♥ previene la obesidad.
- ♥ es el alimento más económico, no afecta el presupuesto familiar.

La lactancia materna es una forma de dar y recibir amor, generando fuertes lazos de seguridad, afecto y comunicación entre la mamá y su hijo. Es muy importante que la mamá se cuide y que esté convencida de que su leche siempre es buena e indispensable para la salud de su hijo. Mientras más veces se ponga el bebé al pecho, más abundante será la producción de leche y más exitosa será la lactancia. Si la madre tiene que estar un tiempo prolongado fuera del hogar, por el trabajo o por algún trámite, puede extraer su leche y conservarla para que se la administre la persona que cuida al bebé. Durante el segundo semestre se deben introducir alimentos como papillas con harina de maíz, tapioca (harina de mandioca), polenta, arroz, con la misma leche que el niño está recibiendo. Una vez que el bebé ha aceptado las papillas se pueden introducir los purés. Las verduras crudas se dejarán para después de cumplir un año.

Lo importante es ofrecerle el nuevo alimento al niño con paciencia, sin obligar, sin presionar. La alimentación del niño que nació prematuro es individual y personalizada y cada binomio madre-niño en contacto con su pediatra decidirá el mejor momento para la introducción de los diferentes alimentos.

Higiene

La hora del baño

Debe favorecerse el baño higiénico diario, colocando suavemente al bebé en el agua, tocando con sus manos y pies el agua. Muchos bebés prefieren estar boca abajo al bañarlos, les provoca menos vértigo, no lloran y disfrutan de ese momento.

♥ Es conveniente bañarlo siempre en el mismo horario, antes de mamar.

♥ Mientras recorre su cuerpo hable o cante con suavidad, mencionando las partes del cuerpo que está tocando. Ayudará a su niño a establecer un ritmo y asociar el baño con un momento placentero.

♥ No use cosméticos infantiles (perfumes, champús, talcos). Emplee jabones neutros y sin perfume.

Al bebé le resulta muy placentero que lo acaricien, le hagan mimos a lo largo del cuerpo con movimientos suaves, lentos y uniformes con toda la mano. Los leves y rápidos pueden resultarle desagradables. Si se le hacen masajes, deben ser a un ritmo uniforme y lento, con el bebé en estado de alerta, despierto y luego del baño. Los masajes facilitan el descanso posterior. Para limpiar la zona de cola y genitales es preferible emplear agua tibia y jabón, linimento óleo-calcáreo o aceite común (de la cocina). Si usa pañales descartables, que no sean perfumados.

Vestimenta

♥ Los niñitos muy pequeños tienen que usar gorros de algodón, fundamentalmente en días fríos.

♥ Las prendas deben ser livianas, de fibras suaves (algodón), que se cierren por delante. Usar cintas o botones para asegurarlas. Se desaconseja el uso de cintas tipo “Velcro” o abrojo porque pueden lastimarle la piel.

♥ La ropa debe ser holgada, es decir, que le permita moverse libremente. Los enteritos u “ositos” rápidamente les quedan cortos por lo que es conveniente usar pantalones con medias.

♥ No es conveniente sobreabrigarlos. Sus prendas deben lavarse con jabón suave y a mano y enjuagarlas con un chorrito de vinagre blanco.

Salidas y Paseos

♥ Durante las primeras 4 a 6 semanas del alta de la UCIN es conveniente que las salidas se limiten a la concurrencia a los controles médicos.

♥ Es conveniente evitar viajes largos. Superada esta etapa, la vida familiar puede ser normal.

Sueño

La mamá, y toda la familia, tienen que aprender a respetar el ritmo del bebé y a percibir cuándo está listo para mantenerse en estado de alerta o cuándo prefiere dormir. Es muy importante establecer una diferenciación entre el día y la noche. Es conveniente disminuir la luz y el ruido ambiente por la noche para facilitar la organización del ciclo sueño-vigilia.

La organización del sueño-vigilia ayuda al bebé a ganar peso, estructurar, mantener y facilitar cambios de conciencia, evitando picos de extenuación y agitación.

Características del sueño según edad

♥ Durante los primeros días de vida, los bebés nacidos a término duermen mucho lo que, es completamente normal. Como decían las abuelas, durante el sueño los bebés crecen y fundamentalmente crece su sistema nervioso. ... Pero en el caso de los prematuros es algo diferente, generalmente tienen alteraciones en el ritmo del sueño.

♥ A partir de las 40 semanas de edad gestacional se advierte un ligero predominio de sueño durante la noche, con varias siestas durante el día.

♥ Después del 3º o 4º mes el bebé se mantiene más tiempo despierto durante el día y tiene más comunicación con sus papás y parientes.

♥ Muchos bebés se despiertan durante la noche debido a cólicos o dolores de panza, característicos en los primeros meses de vida, que no representan ninguna patología.

♥ Los bebés amantados se despiertan más frecuentemente que los que toman biberón.
¡No significa que la leche de la mamá alimente menos!

♥ Los bebés pasan por una etapa normal y transitoria denominada “angustia del octavo mes”. Los bebés experimentan ansiedades, miedos, que son normales y que son superados con el sostén afectivo. Un juguete o cualquier otro objeto (una mantita, una almohada) pueden acompañar al bebé y ayuda a mitigar las ansiedades infantiles.

¿Cómo ayudar para que el niño se quede dormido? Luego de darle de mamar, acostar al bebé semidormido para que aprenda a dormirse solo. La Sociedad Argentina de Pediatría recomienda que los niños deben dormir de costado o boca arriba para prevenir la muerte súbita. Cabe recordar que la muerte súbita ocurre en 1 de cada 1.000 niños menores de 1 año de edad. El niño debe aprender rápidamente a dormir solo, acompañado por un juguete. La habitación debe estar en calma, ventilada y con temperatura agradable; la televisión y los juegos de video deben estar fuera de la habitación.

Con los niños más grandes es recomendable organizar, antes de acostarse, un período de calma 30 a 40 minutos y mantener rutinas fijas: beber un vaso de leche, cepillarse los dientes y orinar. No discutir o pelear con el niño antes de dormir porque las preocupaciones pueden perturbar el sueño. Evitar dar bebidas colas y chocolate

durante la cena. Por la noche no administrar gotas nasales ni medicamentos que contengan estimulantes salvo específica indicación médica. Los papás pueden acompañar y preparar a los niños para ingresar al mágico “mundo de los sueños” leyendo cuentos antes de dormir.

En los niños nacidos prematuros los trastornos del sueño son muy frecuentes. A veces los problemas se agrandan por la angustia familiar o por algunos factores externos (programas de TV, cuentos de terror, violencia familiar, ruidos intensos) En todo momento, los papás deben transmitirle al niño seguridad y calma. Una actitud firme y definida, acompañada de ternura, genera tranquilidad en los niños llenos de temores e inseguridades.

♥ Si le cuesta quedarse solo, acunar el moisés o darle plácidas palmaditas a un ritmo suave y constante.

♥ Si el llanto persiste, tomarlo a “upa” hasta que se tranquilice y colocarlo nuevamente en su moisés.

♥ Si es más grande, enseñarle a relajarse y masajearlo.

Un niño que ha dormido lo suficiente, se despierta solo, bien dispuesto y alegre. No es conveniente despertarlo bruscamente.

Siesta: ¿Sí o No?

La necesidad de la siesta existe en todas las edades, es una necesidad natural. En los niños muy pequeños puede durar entre una y tres horas. Entre los 2 y 3 años ya no requieren de la siesta espontánea de la tarde. En los niños más grandes se traduce en una necesidad de calma y de reposo durante 20 a 30 minutos.

Juegos y Juguetes

Todos los niños nacen con la posibilidad de aprender pero necesitan los estímulos y la guía de los padres. Así como se alimenta el cuerpo, se debe alimentar la inteligencia para que se desarrolle adecuadamente. El desarrollo de todas las capacidades del niño depende de la maduración de su sistema nervioso central y de los cuidados que reciba. El sistema nervioso central, el cerebro, crece, madura y se desarrolla fundamentalmente al comienzo de la vida. El bebé es un ser muy sensible, con facultades diferentes a las del adulto, sus órganos están aún en formación y las estimulaciones excesivas pueden alterar su evolución normal.

El cerebro del prematuro tiene una gran sensibilidad; se encuentra a merced de una inmensa cantidad de información y sensaciones, pero es incapaz de inhibirlas, con el fin de protegerse, debido a la inmadurez de su sistema nervioso central.

Un bebé prematuro es incapaz de manejar varias cosas que pasan a la vez (si varias personas le hablan a la vez, si le cantan y mueven un juguete muy vistoso), le resulta muy difícil recobrar la calma después de estar agitado. Sus respuestas frente a los estímulos son inmaduras, desorganizadas e inefectivas. Su tono muscular o postural está aumentado, es una manifestación de estrés y disminuye con toques, caricias o masajes a cargo de los papás. Tiene dificultades para fijar su atención, pareciera que

“no se quiere perder” nada, esta dispersión dificulta su capacidad de aprender. Es necesario que lo atienda una sola persona por vez, con un solo juguete.

Poniendo Límites

La confianza de los padres en su capacidad para educar a sus hijos es una condición necesaria para poder brindar la protección y el apoyo que necesitan los niños.

El niño será más seguro y estará mejor protegido si sus padres se sienten seguros de lo que deben hacer. La mejor forma para educar a un niño es a través del ejemplo: ser sincero, amable, solidario y sostener conductas saludables y correctas enseñan más que mil palabras. Es más fácil y mejor educar a un niño premiándolo por lo bueno que castigándolo por lo malo. Cuando el niño comienza a caminar, se siente capaz de poder hacer todo, sin conciencia de los riesgos: quiere explorar, tocar todo y satisfacer sus deseos al instante. El niño debe aprender a distinguir que hay objetos y actividades que sí se pueden tocar y hacer.

Y que hay otras que no se pueden tocar (enchufes, estufas) ni hacer (saltar sobre la mesa).

“Poner límites” es dar al niño un mensaje claro en cuanto a lo que puede y no puede hacer. Los límites son necesarios para la vida, promueven sentimientos de contención y protección, generan la responsabilidad por los propios actos.

Límite no significa una reprimenda ni castigo físico o verbal. El castigo físico sólo sirve para descargar el enojo del adulto. Entre los 2 y los 4 años es la época de los berrinches y el negativismo, por lo que los padres deben estar atentos y no condescender demasiado. En esta etapa tienen lugar algunas penitencias o sanciones leves. Los niños necesitan sentir que son los padres los que mandan, los que representan la autoridad, lo que saben qué es bueno para ellos, los que tienen la sabiduría y la experiencia necesaria para poder mostrarle el camino.

La función de los límites es contener, proteger y cuidar



Realizar la lectura reflexiva de los siguientes capítulos del libro Guía para padres de prematuros, AC Miguel Larguía, Dras. I. Schapira y N Aspres y colaboradores de la División Neonatología Hospital Materno Infantil R.Sardá, Bs.As. 2009

- “El cuidado del bebé en el Hogar”
 - “Crecimiento y desarrollo del bebé prematuro”,
 - Anexo I: Equipamiento y Procedimientos en las UCIN.
 - Anexo IV: Pautas para favorecer el desarrollo y la inteligencia de bebés nacidos prematuros.
- Compartir apreciaciones con el grupo de trabajo y canalizar inquietudes con la cátedra.



¿QUÉ ES LA INTELIGENCIA EMOCIONAL?

“Es la capacidad de canalizar las emociones, de saber usar un sentimiento adecuado para cada problema que nos plantea la experiencia”.

Daniel Goleman, doctor en Filosofía y profesor en Harvard, al exponer sus teorías y propuestas en su libro *La Inteligencia Emocional y la Inteligencia emocional de los niños*, nos dice:

“Más importantes que las habilidades intelectuales son las capacidades para expresar y manejar sentimientos y emociones.”

Él sostiene que tomar conciencia de nuestras emociones, comprender los sentimientos de los demás, manejar las presiones y frustraciones laborales son acciones decisivas para desenvolverse apropiadamente en la sociedad.

La Inteligencia Emocional "Es la capacidad de canalizar las emociones, de saber usar un sentimiento adecuado para cada problema que nos plantea la experiencia. Es la que nos permite tomar conciencia de ellas, comprender los sentimientos de los demás, acentuar nuestra capacidad de trabajo en equipo y adoptar una actitud empática y social, que nos brindará más posibilidades de desarrollo personal. Es hacer más inteligente nuestra vida emotiva."

Estas habilidades se construyen desde los primeros años de vida.

Howard Gardner señala que en la vida diaria ninguna otra inteligencia es más importante que la intrapersonal, la inteligencia que conforma el autoconocimiento, la capacidad de autodisciplina, comprensión y amor propio.

La psicología ha demostrado la relativa incapacidad de las notas, el coeficiente intelectual (CI) o las pruebas de aptitud para predecir si alguien tendrá éxito en la vida. Goleman, nos dice: el CI contribuye con sólo un 20 % a los factores que determinan el éxito. En el 80 % restante, caben elementos alejados del CI como la clase social, e incluso, la suerte.

Desde a I.E. juegan un papel relevante las habilidades emocionales, tales como:

1.-Conocer las propias emociones:

El reconocer una emoción mientras transcurre, es la clave de la Inteligencia Emocional, para ser nuestro propio guía. La incapacidad de advertir nuestras auténticas emociones nos deja a merced de las mismas.

2.-El gobierno sobre las emociones:

Quienes carecen de esta destreza luchan constantemente contra sentimientos de angustia, quienes la tienen desarrollada se recuperan más rápidamente de reveses y trastornos de la vida. El objetivo de este logro es el equilibrio, no la emocional: cada sentimiento tiene su valor y su significado.

3.-La automotivación:

Disponer las emociones al servicio de un objetivo, es esencial para prestar atención a la automotivación y a la creatividad.

4.-Manejar las relaciones:

El arte de lograr un buen vínculo, en gran medida, está en la habilidad de reconocer las emociones de los demás y lograr un equilibrio entre las personales y las de los demás.

5.-Reconocer emociones en los demás:

La empatía, es la capacidad que se basa en la autoconciencia emocional, es la "habilidad" fundamental de las personas emocionalmente aptas. Las personas que tienen empatía están mucho más adaptadas a las sutiles señales sociales que indican lo que otros necesitan o quieren.

6.-Relaciones entre padres e hijos:

En el caso de las relaciones entre padres e hijos, tener desarrollada la inteligencia emocional trae una serie de ventajas para educar a los niños emocionalmente sanos y equilibrados. Cientos de estudios muestran que la forma en que los padres tratan a los hijos -ya sea con férrea disciplina o una comprensión empática, con indiferencia o cariño-, tiene consecuencias profundas y duraderas en la vida emocional del hijo.



LA ALFABETIZACIÓN EMOCIONAL

¿Es posible educar las emociones?

Lo que se requiere para una Alfabetización Emocional es lograr la emoción adecuada, el sentir de manera proporcionada a las circunstancias, ya que cuando las emociones están fuera de control y son persistentes, se vuelven patológicas, como en la depresión inmovilizante o la ansiedad abrumadora.

Al observar a los niños en sus juegos y en los momentos que sus padres los dejan con los maestros-profesores, vemos como que las emociones influyen muchísimo en la vincularidad y en el desarrollo y eficacia del intelecto.

En un sentido real tenemos dos mentes una que piensa y otra que siente, ellas interactúan para construir la vida mental. Es importante lograr que operen en ajustada armonía, ya que la emoción alimenta e informa las operaciones a la mente racional y la mente racional la depura. Pero cuando aparecen las pasiones, la balanza se inclina y es la mente emocional la que domina.

Este nuevo paradigma obliga a armonizar cabeza con corazón, para ello debemos saber que significa utilizar las emociones de manera inteligente.

Cuantas más maneras se conozcan de responder a una emoción,

tanto más rica será la vida

Como vemos a diario, el aprendizaje no es un hecho separado de los sentimientos del niño y llegar a ser un alfabeto emocional para él es tan importante para el aprendizaje como la instrucción en matemática y lectura.

La primera oportunidad de dar forma a una educación emocional es en los primeros años de vida y se da en la vida familiar, es la primera escuela para el aprendizaje emocional y se debe prolonga a lo largo de toda la infancia y la adolescencia.

La Alfabetización Emocional desde el Nivel Inicial, puede llegar a convertir las emociones y la vida social en temas en sí mismos.

Los Proyectos Curriculares Institucionales y/o áulicos, según las necesidades de aprendizaje emocional de cada grupo, pueden incluir logros como los siguientes:

Comenzar a:

- A. Reconocer los propios sentimientos. Llanto, satisfacción, dolor, etc.
- B. Lograr una habilidad clave, la empatía. Comprender los sentimientos de otros.
- C. Asumir pequeños compromisos. “A guardar”, limpiar la mesa de trabajo, traeme el pañal”.
- D. Hacerse cargo de la responsabilidad de sus actos y decisiones. “Habíamos dicho que era la última vuelta en calesita”.
- E. Saber si los sentimientos están gobernando las decisiones y ver las consecuencias de elecciones alternativas. Caprichos, rabietas, negativismo “no”.
- F. Manejar las emociones y el darse cuenta de lo que hay detrás de cada sentimiento. “¿Por qué le pegaste?”
- G. Aprender a ver los vínculos existentes entre pensamientos, sentimientos y reacciones. Deseos, derechos, deberes

En los contenidos del Diseño Curricular de la Provincia de Buenos Aires podrás encontrar referencias a todos ellos.

Por todo lo que hemos ido leyendo y comprendiendo, sabemos que las relaciones interpersonales, los buenos vínculos son clave en la Alfabetización Emocional, lo que incluye **saber escuchar al niño para poder realizar la intervención correcta en el momento oportuno.**

El óptimo desarrollo de una Alfabetización Emocional, se da cuando comienza tempranamente, cuando es apropiada a cada edad y se lo sigue a lo largo de toda su educación, entre los primeros días de vida hasta aproximadamente los dieciocho años.

ESTA TAREA EXIGE DOS CAMBIOS IMPORTANTES:

1. Un educador que vaya más allá de su tarea llamémosla “tradicional” y ...
2. Una Comunidad Educativa que se involucre más en la educación emocional, capacitándose todos para lograrlo.

**“Cada vez que un maestro responde a un alumno,
hay otros veinte que aprenden la lección”**

D. Goleman

Los niños que reciben una Alfabetización Emocional, mejoran sus vínculos consigo mismo, con el otro y con lo otro, equilibran sus emociones e intelecto, son más creativos, aprenden con más facilidad y llegan a cumplir más eficazmente sus papeles en la vida.

**En la Alfabetización Emocional
en lugar de usar el afecto solo para educar
se educa el afecto mismo.**

De los padres y de los maestros dependerá que el niño llegue a la escuela con estas capacidades.

**“En la Educación Emocional no se ponen calificaciones,
la vida misma es el examen final”.**

Daniel Goleman



LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LA EDUCACIÓN

Un sistema educativo integral ha de incorporar al currículo las grandes líneas de la educación emocional: desde la definición y reconocimiento de cada emoción, hasta las habilidades para gestionarlas, pasando por el ejercicio de la empatía, la emoción clave en el dominio de las emociones sociales.

El sistema educativo, una de las instituciones sociales por excelencia, se encuentra inmerso en un **proceso de cambios** enmarcados en el conjunto de transformaciones sociales propiciadas por la innovación tecnológica y, sobre todo, por el desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación, por los grandes cambios que se producen en las relaciones sociales, y por una nueva concepción de las relaciones tecnología-sociedad que determinan las relaciones tecnología-educación.

Aunque el énfasis de los cambios educativos, lógicamente, está puesto en el impacto que la tecnología está produciendo en nuestras vidas, una corriente paralela y complementaria de la anterior **rescata la importancia y la urgencia de la educación de las emociones y los sentimientos.**

La experiencia muestra que para **facilitar el aprendizaje y la creatividad**, es fundamental el desarrollo de la tanto de la **vida intelectual como de la emocional**, porque no es suficiente contar con las máquinas más modernas y las mejores instalaciones (aun teniendo cierta capacidad intelectual), si falta la motivación, el compromiso, y el espíritu de cooperación.

Cuando la educación no incluye los sentimientos, **no pasa de ser una simple instrucción**. La ciencia actual refuerza aún más esta convicción de tantos alumnos, padres y maestros.

En los laboratorios de psicología experimental se ha comprobado, desde hace tiempo, el **efecto positivo de las emociones**, incluso en aspectos de rendimiento académico, como en la consolidación de la memoria, por ejemplo.

Cuando leemos dos textos con una trama compleja, **recordamos mejor aquél que tiene un alto contenido emocional**. De las invasiones inglesas narradas por nuestras maestras lo que mejor hemos retenido es el episodio del aceite hirviendo volcado sobre los atacantes desde las azoteas de las casas porteñas.

Las emociones y los sentimientos son esenciales en todo aprendizaje. Lo sabíamos desde siempre, pero ahora hemos comenzado a conocer mejor sus bases biológicas.

La Inteligencia Emocional parte de la convicción de que la escuela debería promover situaciones que **posibilitaran el desarrollo de la sensibilidad y el carácter de los alumnos**, sobre la base de que en el quehacer educativo se involucra tanto el ser físico como el mental, el afectivo y el social, en un todo.

La Inteligencia Emocional es un concepto relativamente nuevo que introdujeron **Peter Salovey y J. Mayer** en 1990. Estos psicólogos de Harvard forman parte de la corriente crítica contra el concepto tradicional que considera la inteligencia sólo desde el punto de vista lógico o lingüístico.

Salovey organiza la inteligencia en cinco competencias principales:

1. Conocimiento de las propias emociones: autoconocimiento
2. Capacidad de manejarlas: control emocional
3. Capacidad de automotivarse
4. Capacidad de reconocimiento de las emociones de los demás: empatía
5. Habilidad en las relaciones habilidades sociales y liderazgo.

Daniel Goleman el responsable de popularizar este concepto en el *best-seller* **‘La Inteligencia emocional’** (1995).

En el libro **‘Predicciones’**, que reúne a 31 grandes pensadores de nuestro tiempo, en el que imaginan cómo será el siglo XXI, **Daniel Goleman** escribe:

‘...Pronostico que las sociedades desarrolladas ampliarán las competencias de los colegios para que incorporen la educación emocional.



Nuestras habilidades emocionales y sociales siempre se han transmitido de forma vital: a través de los padres, familiares, vecinos y amigos... Pero los niños de hoy pasan mucho tiempo solos.

Es obvio que esta transmisión de habilidades básicas no se está produciendo tan bien como antes. Sin embargo, las escuelas proporcionan a la sociedad un vehículo que

garantiza que cada generación aprende las artes vitales fundamentales: cómo controlar los impulsos y manejar la cólera, la ansiedad, la motivación, la empatía y la colaboración, y también cómo solucionar los desacuerdos de forma positiva. Ya hay escuelas cuyo programa de estudios va más allá de lo básico para incorporar lecciones sobre estas habilidades esenciales.

*Los resultados son bastante alentadores: los niños no sólo mejoran en su autocontrol y en el manejo de sus relaciones, sino que también tienen **menos** peleas e incidentes violentos, a la vez que aumentan su puntuación en las pruebas académicas.*

Dicho en pocas palabras, mi predicción es que habrá un día en el que todos los niños y niñas aprenderán en la escuela, junto con los tradicionales rudimentos académicos, estas artes pragmáticas necesarias para vivir mejor. En los programas escolares la empatía se valorará tanto como el álgebra’.

Es evidente que la enseñanza colectiva y simultánea, **orientada exclusivamente al conocimiento**, y que tradicionalmente ha venido aplicándose desde el siglo XIX Y XX ha resuelto con cierto éxito la necesidad humana de desarrollo intelectual, pero **no ha encontrado muchas soluciones a los problemas personales que el desarrollo intelectual conlleva**, y ésta es la carencia en la que se enfoca la Inteligencia Emocional, que a la vez puede aportar otros principios -desde el mundo de las emociones y los sentimientos-**para mejorar el aprendizaje.**



EL RENDIMIENTO ACADÉMICO Y LA AUTOESTIMA

¡CUIDADO CON LOS CARTELES!

Los profesores, con la enseñanza, evaluación y valoración de los resultados de los alumnos, son también responsables del nivel de **autoestima académica** de sus alumnos. Si además, en algunos casos, realizan interpretaciones negativas de las intenciones y capacidades de los alumnos, pueden llegar a obligar a que éstos se desprecien también a sí mismos.

La profesión de educador y formador es una de las más importantes, pero, muchas veces, corre el peligro de provocar efectos contrarios a los deseados.

Cuando el profesor posee un bajo concepto del alumno, **éste lo intuye, y se sitúa en clara desventaja frente a la opinión del profesor**, experto y dotado de reconocimiento oficial. Con el tiempo, el alumno acaba aceptando la opinión negativa del profesor y se comporta como un mal alumno. El problema se agrava si consideramos que, por una parte, el profesor no puede cambiar si no ve resultados positivos en el alumno, y por otra, que éste no va a mejorar si el profesor no le señala sus limitaciones y no le ayuda.

Esta enfermedad educativa se expande: los profesores **que tienen un bajo concepto de sus alumnos, acaban despreciándoles, se distancian de ellos**, pueden intentar

cambiar de curso o nivel, pero con el tiempo, **se sienten insatisfechos como educadores y profesores** y, finalmente, sus juicios de valor peyorativos sobre los alumnos revierten en autovaloraciones negativas como docentes.

Los maestros muchas veces catalogan a sus alumnos, los clasifican y, sin reflexionar sobre el valor que tiene su palabra, les ponen la ETIQUETA de 'buen alumno' o 'mal alumno'.

Tal como lo señala Carina Kaplan en su obra *"Buenos y malos alumnos: descripciones que predicen"* :

"...al mismo tiempo que el maestro conoce a sus alumnos, los clasifica o categoriza: A es "inteligente", B es "inquieto", C es "desprolijo", D es "conversador", E es "aplicado", etc..."

Esta clasificación **trae aparejada una valoración y un resultado esperado**, y esto es lo que constituye el peligro de las 'etiquetas'.

Los 'buenos alumnos' tampoco se la llevan de arriba. Hay muchos que no son jóvenes felices **a pesar de sus logros**. Es que se les impone una exigencia extrema, que puede coartar emocionalmente al alumno hasta no permitirle desarrollar su creatividad, impedirle compartir, querer ganar siempre.

Son '**chicos perfectos**', a los que no se les permite una mala nota, ni una materia baja. El **riesgo** aparece (no sólo en referencia al stress) sino ante la eventualidad de que al llegar a la universidad fracasen en un examen o, en su primer trabajo, un jefe les dé una indicación en forma poco amable. Generalmente se les viene abajo el mundo, se deprimen y terminan sin alcanzar éxito en su profesión.

Los adultos debemos pensar el valor que tienen para los niños y los jóvenes cada palabra que pronunciamos, a veces sin medir.

Cuando son descalificatorias o resaltan las fallas, suelen ayudar a provocar los fracasos que generalmente auguran: **'¿ves que no servís para nada?'**

Cuando resaltan la confianza en lo que el joven es capaz de lograr sin desconocer ni negar los límites de lo posible, suelen estimular el despliegue de todas sus potencialidades. 'Seguí adelante que lo vas a lograr'.

Cuando contienen la exigencia de cumplir con expectativas desmedidas de los adultos, desconociendo las posibilidades del joven, contribuyen a resentir aspectos emocionales o a disparar una enfermedad somática, aun cuando se logre un buen rendimiento intelectual. Esto habitualmente se genera con el mandato: **'Tenés que ser el mejor'** (en la casa, de parte de los padres), o **'Siempre fuiste el mejor alumno, ¿por qué no seguís siéndolo?'** (en el aula, de parte del profesor).



EL ROL DE LAS EXPECTATIVAS Y DEL AFECTO EN EL APRENDIZAJE

Los factores no intelectivos (motivación, expectativas y afecto) son fuerzas *energizantes* que impregnan todas nuestras acciones. Son formas peculiares de reaccionar y enfrentarnos a situaciones de aprendizaje, **son la levadura que transforma tanto la masa de las enseñanzas que pueda transmitir un profesor como los aprendizajes que pueda hacer un alumno**, y tienen gran importancia en el desarrollo de su personalidad.

Es interesante que los educadores tengamos siempre presente **la relación entre estos factores no-intelectivos y los procesos de aprendizaje**.

Los investigadores, durante mucho tiempo, relacionaron los factores motivacionales-afectivos con la realización cognitiva o capacidad intelectual, usando un enfoque estático y casual, en vez de transaccional y dinámico.

Por supuesto, hay una estrecha conexión entre la relación afectiva maestro-profesor-alumno, las expectativas positivas y los rendimientos académicos.



INICIATIVAS A NIVEL MUNDIAL

Los padres de todo el mundo **comienzan a descubrir que la vida requiere una preparación más amplia** que la ofrecida por los planes de estudio tradicionales.

En la **Universidad de Illinois** en Chicago, el *Collaborative for Social and Emotional Learning* informa que, en la actualidad, **miles de escuelas estadounidenses están utilizando más de 150 programas para la preparación emocional**.

Y en todas partes del mundo (Asia, Europa, Oriente Medio, América del Norte, América del Sur, Australia) **van surgiendo programas similares**.

El enfoque más visionario es, quizá, el de la coalición de avanzada entre gobiernos locales, escuelas y empresas, que apunta a reforzar el nivel colectivo de inteligencia emocional en la comunidad.

El **Estado de Rhode Island**, por ejemplo, **ha iniciado un movimiento para fomentar la inteligencia emocional en sitios tan variados como escuelas, cárceles, hospitales, clínicas de salud mental y programas de reinserción laboral**.



LA ALFABETIZACIÓN EMOCIONAL EN LA ESCUELA

(Consejos) Verónica Gea Rodríguez. Psicóloga Granada

Si nos detenemos en el tipo de educación implantada hace unos años, podremos observar cómo los profesores preferían a los niños conformistas, que conseguían buenas notas y exigían poco (de esta forma se estaba valorando más a los aprendices receptivos y los discípulos más que a los aprendices activos).

De este modo, no era raro encontrarse con la profecía autocumplida en casos en los que el profesor espera que el alumno saque buenas notas y éste las consigue, quizá no tanto por el mérito del alumno en sí sino como por el trato que el profesor le da.

También se encontraban casos de desesperanza aprendida, producida por el modo en que los profesores respondían a los fracasos de sus alumnos.

Pero hemos evolucionado, y para seguir haciéndolo tendremos que asumir que la escuela es uno de los medios más importantes a través del cual el niño “aprenderá” y se verá influenciado (influyendo en todos los factores que conforman su personalidad).

Por tanto, en la escuela se debe plantear **enseñar a los alumnos a ser emocionalmente más inteligentes**, dotándoles de estrategias y habilidades emocionales básicas que les protejan de los factores de riesgo o, al menos, que palien sus efectos negativos.



Los objetivos que se persiguen con la implantación de la Inteligencia Emocional en la escuela, serían los siguientes:

1. Detectar casos de pobre desempeño en el área emocional.
2. Conocer cuáles son las emociones y reconocerlas en los demás
3. Clasificarlas: sentimientos, estados de ánimo...
4. Modular y gestionar la emocionalidad.
5. Desarrollar la tolerancia a las frustraciones diarias.
6. prevenir el consumo de drogas y otras conductas de riesgo.
7. Desarrollar la resiliencia
8. Adoptar una actitud positiva ante la vida.
9. Prevenir conflictos interpersonales
10. Mejorar la calidad de vida escolar.

Para conseguir esto se hace necesaria la figura de un nuevo docente (con un perfil distinto al que estamos acostumbrados a ver normalmente) que aborde el proceso de manera eficaz para sí y para sus alumnos. Para ello es necesario que él mismo se convierta en modelo de equilibrio de afrontamiento emocional, de habilidades empáticas y de resolución serena, reflexiva y justa de los conflictos interpersonales, como fuente de aprendizaje vicario para sus alumnos.

Este nuevo docente debe saber transmitir modelos de afrontamiento emocional adecuados a las diferentes interacciones que los alumnos tienen entre sí (siendo fruto de modelos de imitación, por aprendizaje vicario, para los niños). Por tanto, no buscamos sólo a un profesor que tenga unos conocimientos óptimos de la materia a impartir, sino que además sea capaz de transmitir una serie de valores a sus alumnos, desarrollando una nueva competencia profesional.



Estas son algunas de las funciones que tendrá que desarrollar el nuevo educador:

- Percepción de necesidades, motivaciones, intereses y objetivos de los alumnos.
- La ayuda a los alumnos a establecerse objetivos personales.
- La facilitación de los procesos de toma de decisiones y responsabilidad personal.
- La orientación personal al alumno.
- El establecimiento de un clima emocional positivo, ofreciendo apoyo personal y social para aumentar la autoconfianza de los alumnos.

La escolarización de las emociones se llevara a cabo analizando las situaciones conflictivas y problemas cotidianos que acontecen en el contexto escolar que generan tensión (como marco de referencia para el profesor, y en base a las cuales poder trabajar las distintas competencias de la inteligencia emocional).

Por último, vamos a puntualizar que **para que se produzca un elevado rendimiento escolar, el niño debe contar con 7 factores importantes:**

1. Confianza en sí mismo y en sus capacidades
2. Curiosidad por descubrir
3. Intencionalidad, ligado a la sensación de sentirse capaz y eficaz.
4. Autocontrol
5. Relación con el grupo de iguales
6. Capacidad de comunicar
7. Cooperar con los demás

Y para que el niño se valga de estas capacidades una vez se escolarice, no hay que poner en duda que **dependerá mucho del cuidado que haya recibido por sus padres**. De este modo, debemos resaltar que para una educación emocionalmente inteligente, lo primero será que los padres de los futuros alumnos proporcionen ese ejemplo de Inteligencia Emocional a sus niños, para que una vez que éstos comiencen su educación reglada, ya estén provistos de un amplio repertorio de esas capacidades emocionalmente inteligentes.



INTELIGENCIA EMOCIONAL EN LOS NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

Paloma Cuadrado

¿Por qué es importante la Alfabetización Emocional en los niños con Síndrome de Down?

Tradicionalmente, en el campo de las necesidades educativas especiales, se ha trabajado enormemente en el desarrollo de la mente racional del niño, pensante, dejando de lado la mente emocional, más impulsiva y aparentemente irracional. Estas competencias intelectuales son un componente importantísimo a desarrollar en los niños con síndrome de Down; sin embargo, es indudable que deben emparejarse con

otros contenidos como son el hecho de que el niño aprenda a quererse, a conocerse, a saber relacionarse y a desenvolverse, poniendo en práctica estas habilidades tan importantes en la vida cotidiana para cualquier persona.

La ATDI busca potenciar las capacidades de los niños, actuando además en colaboración con las familias y el entorno. De este modo, se estimula el tacto, la vista, el razonamiento lógico, la creatividad, la motricidad. Sin embargo, la persona en su globalidad tiene otras facetas de su personalidad que pueden ser desarrolladas desde edades tempranas. La *emocionabilidad* y la *sociabilidad*, por lo tanto, entran en este grupo de capacidades menos intelectuales, aunque igual o más importantes, para el desarrollo de una personalidad armónica y completa.

Un programa específico en inteligencia emocional para los niños y jóvenes con síndrome de Down responderá, por lo tanto, a multitud de cuestiones que todos nos hacemos en el día a día: ¿se sentirán felices?, ¿sabrán salir airoso de situaciones novedosas?, ¿cómo se podrá potenciar su competencia social?, ¿cómo se fomentará que se sientan cómodos y aceptados por los demás y por sí mismos?

Se pretende completar la formación del niño desarrollando hábitos de expresión y comprensión adecuados de emociones y de habilidades interpersonales básicas para su equilibrio social, a la vez que técnicas de autocontrol del comportamiento.

Fundamentalmente, tener en cuenta los componentes de la Inteligencia Emocional: las emociones, los pensamientos y conductas, la auto-aceptación, la solución de problemas y las relaciones interpersonales.

¿Qué papel tiene la familia en el desarrollo de la Inteligencia Emocional?

Los niños se irán formando en la madurez emocional a medida que los adultos les enseñen y practiquen con ellos. Son aspectos claves en este camino el hecho de manifestarles confianza, ser sinceros sobre lo que se les dice o evitar el control excesivo, a la vez que saber ponernos en su lugar para saber cómo se sienten, alentarles a decir lo que les gusta o desagrada y animarles a iniciar conversaciones y juegos con otros niños.

Los padres deben tener siempre presente que los niños aprenden poco a poco y que ellos son la principal fuente de información; es allí donde radica la importancia de formar y educar para poder adquirir una mejor madurez emocional; habilidades que no sólo les servirán para desenvolverse en la escuela y tener amigos, sino para toda la vida.

Los niños van avanzando desde la primera infancia, donde están más centrados en sí mismos, a ser cada vez más sociables, les encantan cada vez más los juegos colectivos y disfrutan de las relaciones sociales, pero este desarrollo radica en un buen aprendizaje. En el primer año de vida lo importante será prestar una gran atención a sus señales (su contacto visual, la sonrisa, las expresiones faciales, el llanto, sus movimientos...) y “escuchar” sus demandas, aunque las digan sin palabras. **Los niños con síndrome de Down** requieren un gran esfuerzo para interpretar correctamente las emociones y expresarlas de forma clara. Por esta razón, desde el comienzo de la vida,

es importante que los adultos se fijen en las señales que muestran para proporcionarles una respuesta clara y les animen a expresar sus sentimientos mediante la mirada y los gestos corporales en un comienzo.

Para desarrollar la Inteligencia Emocional en los niños con SD, ¿Qué habrá que tener en cuenta?

En las emociones hay distintos componentes que se mezclan y relacionan entre sí y que hacen de ellas una de las grandes cualidades del ser humano.

Cuando una persona se “emociona”, esto puede advertirse en varios aspectos:

Sus conductas: ante una emoción realizamos gestos faciales, decimos algo o nos movemos de un lado a otro. Estas expresiones pueden verlas los demás y, por lo tanto, nos comunicamos también por medio de ellas. Si los niños aprenden a reconocer estas señales será un gran paso para saber etiquetar emociones, ponerles nombre. Sin embargo, en multitud de ocasiones los sentimientos no suelen expresarse verbalmente, sino a través del tono de voz, los gestos, miradas, etc. La clave para reconocer las emociones reside también en la destreza para interpretar el lenguaje corporal, habrá que hacerles prestar una gran atención a estas señales para que aprendan a discriminarlas.

Sus signos corporales: unas u otras emociones inducen respuestas muy distintas en nuestro cuerpo como, por ejemplo, la aceleración del ritmo cardíaco, la sudoración, los movimientos del estómago o la tensión de los músculos. Cuanto mejor conozca el niño lo que le sucede ante cada emoción, mejor sabrá controlarlas y cambiarlas, si es necesario, por otras más adecuadas.

Sus pensamientos: lo que se piensa en cada situación influye notablemente en cómo se resuelva. Si los niños aprenden a sentirse capaces para salir airoso de situaciones que ahora contemplan como difíciles, se sentirán más seguros e intentarán resolverlas, prestando atención a lo que se dicen a sí mismos. Aquí entra también en juego lo que los adultos les decimos sobre lo que pueden hacer, lo que se les da bien y lo que deben intentar explorar. Comentarios como “Lo vas a hacer bien”, “Tu puedes” o “Qué bien te ha salido” son siempre mucho más gratificantes para ellos y les impulsarán a tener un mejor autoconcepto de sí mismos.

Conozco y expreso emociones
Las emociones me hablan
Aprendo a controlar las emociones
Tengo autoestima
Puedo tomar decisiones
Sé hacer amigos y mantenerlos



ACTIVIDAD DOMICILIARIA GRUPAL: GUÍA DE ESTUDIO

INTELIGENCIA EMOCIONAL Leer reflexivamente y resaltar los conceptos más importantes

- A. ¿Qué es la inteligencia emocional? (No escribir, resaltar cuando se está leyendo)
- B. Nombrar las seis habilidades emocionales (Sin describirlas):
- C. Los Proyectos Curriculares Institucionales o áulicos, según las necesidades de aprendizaje emocional de cada grupo, pueden incluir logros como los siguientes:
Comenzar a...
- D. Es posible educar las emociones. ¿Por qué?
- E. ¿El óptimo desarrollo de una Alfabetización Emocional exige dos cambios importantes. ¿Cuáles son?
- F. Salovey organiza la inteligencia en cinco competencias principales ¿Cuáles son?:
- G. ¿Qué son los factores no intelectivos?
- H. ¿Cuáles son los objetivos que se persiguen con la implantación de la Inteligencia Emocional en la escuela?:ra lograr una buena Alfabetización Emocional el niño debe contar con 7 factores importantes. ¿Cuáles son?
- I. ¿Por qué es importante lograr la Alfabetización Emocional en los niños con síndrome de Down? Opinión del grupo de trabajo



BIBLIOGRAFÍA

- Elias M.J., Tobias S.E. y Friedlander B.S. Educar con Inteligencia Emocional. Barcelona: Plaza & Janes.
- Goleman, D. Inteligencia Emocional Barcelona: Kairós.
- Goleman, D. La Inteligencia Emocional de los niños. Barcelona: Kairós.
- Hoffman L. Paris, S. Hall, E. Psicología del desarrollo hoy. Madrid: Mac Graw-Hill
- Vallés, A. y Vallés, C. Psicopedagogía de la Inteligencia Emocional. Valencia: Promolibro
-



DETECCIÓN TEMPRANA DEL NIÑO/A CON TRASTORNO DEL ESPECTRO

AUTISMO

Como profesionales de atención temprana es importante que podamos realizar una detección precoz del niño/a con indicadores del trastorno del espectro autista. Si bien nosotros no realizamos un diagnóstico clínico, es necesario que derivemos tempranamente al niño/a y su familia a profesionales del área de salud especializados para clarificar el diagnóstico y realizar un abordaje acorde a las necesidades y posibilidades del mismo.

A continuación se orienta a la lectura del Artículo del Portal del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires sobre el Trastorno del Espectro Autista (2014).

Cleffi Vilma Susana

Psiquiatra Infanto juvenil

Magister en Neuropsicofarmacología Clínica

Los Trastornos Generalizados del Desarrollo se caracterizan por presentar alteraciones cualitativas en el desarrollo en las áreas social, en la comunicación y alteraciones cognitivas, así como por un repertorio de conductas repetitivas, rígidas y estereotipadas, con intereses restringidos. En la mayoría de casos, el desarrollo es atípico o anormal, siendo su evolución crónica.

Esta denominación fue incorporada en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en el año 1980 (DSM III) y permanece como tal hasta el DSM IV TR (edición revisada) del año 2000. El Trastorno Generalizado del Desarrollo incluye varias entidades nosológicas: **autismo, síndrome de Asperger y TGD no especificado, trastorno desintegrativo** y síndrome de Rett (este último se excluyó en el DSMV por tener etiología y curso definido (mutaciones en el gen MECP2); también esta categoría diagnóstica de TGD fue incorporada en la CIE (Clasificación Internacional de Trastornos Mentales, OMS), en 1992.

Actualmente se ha reemplazado el término TGD por el de Trastorno del Espectro Autista (TEA), apareciendo ya esta denominación en el recientemente publicado (en inglés) DSM 5, cuyo enfoque es dimensional.

El mencionado trastorno desintegrativo de la infancia fue descrito por Heller T, en 1908, caracterizado por un periodo inicial de dos años de desarrollo normal, seguido, de un marcado deterioro con pérdidas significativas de las habilidades adquiridas en el lenguaje, en las relaciones sociales, en los hábitos de higiene y en las destrezas motoras.

El trastorno de Asperger, descrito por H Asperger en 1944, dentro del autismo de alto nivel de funcionamiento, se describe más adelante.

El TGD No Especificado, se refiere a un cuadro atípico que no cumple con los criterios para los anteriores.

Si bien los criterios diagnósticos del autismo se basan en una tríada sintomática (*tríada de Wing*), postulados planteados por Wing y Gould, en 1979, la primera descripción de Autismo fue realizada por **Leo Kanner en 1943 quien identificó el cuadro clínico en 11 niños en quienes observó “inhabilidad congénita” para**

relacionarse con las personas, estereotipias, conductas obsesivas, ecolalias e inversión pronominal ,entre otros síntomas, y además de considerar que dichas manifestaciones se correspondían con alteraciones tempranas del desarrollo y que seguramente podrían estar asociadas con factores genéticos.

En 1988, Lorna Wing propuso el término “*Autistic Continuum*” que posteriormente, en 1996, se lo llamó “*Autistic Spectrum Disorder*”(Allen,1988) o **“Trastorno del espectro autista”** , concepto que describe al autismo como un trastorno dimensional, es decir, un “continuum” que se extiende desde el trastorno autista de presentación más severa con ausencia de lenguaje, aislamiento y retardo mental, hasta el otro extremo del espectro con un nivel de alto funcionamiento, presentándose en el intermedio del espectro cuadros que comprenden los definidos por Lorna Wing **“como un amplio continuo de trastornos con diversidad en su presentación clínica y con alteraciones cognitivas y neuroconductuales en común”**.

La noción de espectro permite, por tanto, observar distintos grados de severidad en la calidad de interacción social, es decir una amplia gama de posibilidades conductuales. Del extremo del espectro con aislamiento y ausencia de interés en las personas hasta el otro extremo en el cual el individuo es socialmente activo pero con FALLAS EN SU ESTILO DE VINCULACIÓN .

LA TRÍADA DE WING ES:

1) Alteración en la interacción social

2) Alteraciones o déficits en la comunicación

3) Falta de flexibilidad en el razonamiento y comportamiento .

Detección temprana:

El Autismo es un trastorno del neurodesarrollo que se manifiesta precozmente, generalmente antes de los 3 años de edad.

La necesidad de la identificación temprana se basa en la evidencia de los últimos 10 años, siendo relevante que la **intervención precoz, específica y personalizada** permite facilitar la **planificación educativa**, intervenir en el medio familiar, **aportar los tratamientos complementarios** que se requieran, disminuyendo las consecuencias de las alteraciones de la comunicación y la interacción social, mejorando de esta manera el pronóstico...

Por tanto, la detección precoz del TEA tiene fundamental importancia por su relación íntima con la evolución clínica.

Es el pediatra de cabecera quien evalúa de manera sistemática el desarrollo psicomotor del niño desde su nacimiento y es quien va a detectar los síntomas o signos de riesgo tempranos que permitirá la derivación al profesional o equipo especializado para su diagnóstico y tratamiento.

Antes de los 3 años de edad, el diagnóstico no siempre predice certeza, depende de la severidad de los síntomas, aún así puede ser de difícil diagnóstico diferencial con otras patologías tempranas, pero en todos los casos que se pesquisen signos de riesgo, se deberá intensificar el seguimiento e indicar las evaluaciones o intervenciones terapéuticas según las dificultades que se presenten.

No existe ninguna prueba o marcador biológico específico para el diagnóstico de autismo, este es clínico con variaciones evolutivas.

Es importante que el pediatra realice una rutina de evaluación de los niños en riesgo:

- 1- ***Vigilar el desarrollo*** (Grupo de Estudio de los Trastornos del Espectro Autista del Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, España)
- 2- ***Valorar los aspectos prenatales y perinatales con mayor riesgo de Autismo***
- 3- ***Valorar los antecedentes de familiar directo con diagnóstico de TEA, niño adoptado, síndrome genético de frecuente asociación con autismo***
- 4- ***Valorar las pautas de desarrollo normal, con detección y seguimiento de las alteraciones o retrasos, registrar (lista 1)***

– ***Los parámetros del desarrollo de la comunicación social (lista 2)***
– ***Las preocupaciones de los padres, pues en un 60% de los casos son ellos quienes primero detectan anomalías en el desarrollo.(lista 3)Entre los 12 y 24 meses de edad, surgen las primeras sospechas, existiendo un problema serio cuando los padres no muestran preocupación, ya que en estos casos, la detección depende de la mirada del pediatra.***

Lista 1-

. Detección de comunicación social

9 meses

– Sigue con la mirada cuando el cuidador señala y exclama: ‘¡mira el... (un objeto familiar)’.

12 meses (lo anterior más lo siguiente)

– Intenta obtener un objeto fuera del alcance, para lo que llama la atención del cuidador señalando, verbalizando y estableciendo un contacto visual (acción protoimperativa).

-Balbuceo.

– Gesticulaciones (señalar, hacer adiós con la mano).

15 meses (lo anterior más lo siguiente)

–Establece contacto visual cuando habla con alguien.

–Extiende los brazos anticipadamente cuando van a tomarlo en brazos.

–Muestra atención compartida (compartir el interés por un objeto o actividad).

–Responde de forma consistente a su nombre.

–Responde a órdenes simples.

- Dice ‘papá’ y ‘mamá’ con sentido.
- Otras palabras simples (16 meses).
- 18 meses** (lo anterior más lo siguiente)
- Señala partes de su cuerpo.
- Dice algunas palabras con significado.
- Hace juego simbólico (muñecos, teléfono).
- Responde cuando el examinador señala un objeto.
- Señala un objeto, verbaliza y establece contacto visual alternativamente entre el objeto y el cuidador con la única intención de dirigir la atención del adulto hacia el objeto (acción protodeclarativa).
- Trae objetos a los adultos, simplemente para mostrarlos.
- 24 meses** (lo anterior más lo siguiente)
- Utiliza frases de dos palabras.
- Imita tareas domésticas.
- Muestra interés por los otros niños.
- Frases espontáneas (no sólo ecológicas) de dos palabras a los 24 meses.

Lista 2- Indicadores de autismo típicos de la etapa de 18-36 meses, según Riviére Angel.

1. Sordera aparentemente paradójica. Falta de respuesta a llamadas e indicaciones.
2. No comparte “focos de atención” con la mirada.
3. Tiende a no mirar a los ojos.
4. No mira a los adultos vinculares para comprender situaciones que le interesan o extrañan.
5. No mira a los que hacen las personas.
6. No suele mirar a las personas.
7. Presenta juego repetitivo o rituales de ordenar.
8. Se resiste a cambios de ropa, alimentación, itinerarios o situaciones.
9. Se altera mucho en situaciones inesperadas o que no anticipa.
10. Las novedades le disgustan.
11. Atiende obsesivamente, una y otra vez, a las mismas películas de video.
12. Coge rabietas en situaciones de cambio.
13. Carece de lenguaje o, si lo tiene, lo emplea de forma ecológica o poco funcional.
14. Resulta difícil “compartir acciones” con él.
15. No señala con el dedo índice para compartir experiencias (protodeclarativos).
16. No señala con el dedo índice para pedir (protoimperativos).
17. Frecuentemente “pasa por” las personas como si no estuvieran.
18. Parece que no comprende o que comprende “selectivamente”, sólo lo que le interesa.
19. Pide cosas, situaciones o acciones, llevando de la mano.
20. No suele iniciar las interacciones con los adultos.
21. Para comunicarse con él, hay que “saltar un muro”, es decir, ponerse frente a frente y producir gestos claros y directivos.
22. Tiende a ignorar completamente a los niños de su edad.
23. No “juega con” otros niños.
24. No realiza juego de ficción: no representa con objetos o sin ellos situaciones, acciones, episodios, etc.

25. No da la impresión de “complicidad interna” con las personas que lo rodean aunque tenga afecto por ellas.

Lista 3

Filipeck y col (2000) describen **las demandas más frecuentes encontradas como preocupaciones de los padres a nivel de la comunicación, en lo social y en el comportamiento.**

Algunas de las más frecuentes , también llamadas Alertas Rojas de Autismo, son:

En la comunicación:

- No responde a su nombre
- Retraso en el lenguaje
- En ocasiones parece sordo
- No señala ni dice adiós con la mano
- Ha dejado de decir algunas palabras que ya había aprendido

En lo social:

- No sonríe a otros
- Parece que prefiere jugar solo
- Es muy independiente
- No mira a los ojos
- Está en su propio mundo
- Parece que no le importamos

En el comportamiento:

- Rabietas
- Es hiperactivo, no colabora
- Anda de puntillas
- No sabe jugar, usa repetidamente algunos juguetes
- Alinea objetos
- Es hipersensible a algunas texturas o sonidos
- Hace movimientos extraños

Algunas de estas preocupaciones deben ser tomadas como verdaderos signos de alarma que son indicación Absoluta de una evaluación en profundidad:

- No sonríe al adulto a los 6 meses
- Falta de balbuceo a los 12 meses
- Ausencia de gesticulaciones a los 12 meses (decir adiós con la mano, por ej)
- Ninguna palabra a los 16 meses
- No dice frases espontáneas de dos palabras a los 24 meses
- Cualquier pérdida en cualquier área, a cualquier edad.

El Trastorno Autista es un cuadro sindromático, de inicio muy temprano, pudiendo en algunos casos observarse las primeras manifestaciones durante el primer año de vida, siendo esta la razón de realizar el seguimiento exhaustivo del desarrollo infantil.

La etiología del autismo es aún desconocida, se la considera de tipo multifactorial, con fuerte base genética, altamente heredable y de carácter poligénico con gran variación de intensidad en los fenotipos. Se han explorado entre 15 y 20 genes, que interactúan de diferentes formas, aportando cada uno de ellos una pequeña cantidad de riesgo y

que solo cuando la cantidad supera un determinado umbral, se presenta el fenotipo completo.

El riesgo de alteraciones en hermanos de personas con autismo se presenta con una tasa de recurrencia del 2,2% pudiendo llegar hasta el 8% si se incluyen a todos los cuadros del espectro autista, y es mayor cuando hay dos miembros en la familia con TEA, pudiendo significar entre 50-75 veces el riesgo de la población general.

Se han sugerido que ciertos factores ambientales actúan sobre el genotipo y estos darían lugar a la expresión del fenotipo TEA. Entre los que deben tenerse presente las complicaciones obstétricas, que en muchos casos son consecuencia de anomalías propias del feto adquiridas en las primeras etapas del desarrollo embrionario, más que la causa del autismo, como sucede en un elevado porcentaje de partos distócicos de niños sin autismo; además de los agentes nocivos del medioambiente, etc

Como factores de riesgo también se han identificado: edad avanzada de los padres (más de 40 años), enfermedad psiquiátrica familiar (esquizofrenia, trastorno afectivo, otra), prematurez de menos de 26 semanas (Cheslack-Postava y col 2011), bajo peso al nacer, entre otros. (NICE, 2011)

Menos del 10% de los casos están asociados con enfermedad médica o síndrome conocido

Los estudios neuropsicológicos en estos niños dan cuenta **del déficit en las funciones ejecutivas (planificación, organización, flexibilidad, etc), y déficit en la teoría de la mente (mecanismo complejo que permite poder comprender el comportamiento social, poder ponerse en el lugar del otro)**

A nivel cognitivo, se encuentra afectada la capacidad intelectual en aproximadamente el 70% de los casos, variando en su severidad, presentando aproximadamente en el 30% restante un Cociente Intelectual normal o incluso superior.

Datos recientes publicados en el Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad del CDC (Centro para el control y la Prevención de Enfermedades), en marzo de 2014, y aportados por la Red de control del autismo y discapacidades del desarrollo en 11 sitios de investigación en EEUU, 2010, refieren *una estimación de frecuencia de TEA a los 8 años de edad de 1 de cada 68 niños (14,7 por 1000). Casi la mitad de ellos con una capacidad intelectual promedio o superior al promedio (CI mayor a 85), con una probabilidad 5 veces mayor en los varones que en las niñas de tener autismo. (American Academy of Pediatrics, 2014).*

El autismo también puede presentar comorbilidades psiquiátricas , y entre ellas el trastorno obsesivo compulsivo, la ansiedad, el trastorno por déficit de atención , depresión y otros trastornos del estado del ánimo, especialmente en aquellos casos de autismo sin o con menor discapacidad intelectual como por ejemplo es el Trastorno de Asperger .

Clínica:

Las manifestaciones clínicas tempranas van a presentar diferencias según que se acompañe de discapacidad intelectual, ya que a los signos propios del autismo se le agregan los del retraso global del desarrollo, pudiendo en las etapas tempranas ser difícil de diferenciar. El cuadro clínico será más evidente a menor edad dependiendo de la severidad del trastorno, cuanto más severos son los síntomas más tempranamente se ponen de manifiesto.

Los tres ítems sintomáticos:

1- Alteraciones cualitativas en **la interacción social**: no necesariamente ausencia de interacción social dependiendo del grado de severidad. Se pueden llegar a comportar como si las otras personas no existieran, o como si fueran objetos.

Puede haber desde marcado déficit en el uso de las conductas no verbales, como contacto ocular, en la expresión facial, la postura corporal y gestual, ausencia de gestos anticipatorios, especialmente en niños pequeños. Ausencia de reciprocidad emocional o social, con expresiones emocionales inadecuadas de afecto, llanto y risas, ausencia de empatía.

2- Alteraciones en **la comunicación** que van desde el retraso o ausencia de lenguaje hablado, sin compensación gestual hasta los que presentan lenguaje oral rico en contenido, sin alteraciones formales. Con escasa o sin intención comunicativa, neologismos, inversión pronominal, ecolalia inmediata y demorada.

El lenguaje es estereotipado y repetitivo focalizado en su interés de elección. Presentan déficit en la comprensión de conceptos abstractos, ironías o dobles sentidos y pueden verse alteraciones en el uso pragmático del lenguaje.

Responden de manera adecuada cuando la pregunta es simple y concreta y lo hacen con detalles innecesarios o cambian de tema cuando se les requiere la elaboración de un concepto.

3- Alteraciones en **los patrones de conducta**: A nivel lúdico, carecen de juego espontáneo variado, creativo o de modo social adecuado a su edad, presentan fallas en la capacidad simbólica; el uso de los objetos es inadecuado, con particular y casi exclusivo interés por las partes del mismo.

Los juegos son reiterativos y peculiares como alinear, prender y apagar la luz, girar objetos, etc., siendo frecuente la atracción intensa hacia los objetos que giran, o hacen ruido.

Los niños de más alto nivel verbal suelen tener un mundo fantástico centrado en un juego de tipo repetitivo y estereotipado.

Tienen una marcada tendencia a la inflexibilidad e inmutabilidad, fuerte resistencia a los cambios, con rituales y rutinas no funcionales.

Presentan estereotipias y manierismos motores repetitivos como ser aleteo de manos, movimiento de dedos de la mano o agitación de brazos. Posturas motoras anómalas, balanceo, caminar en puntas de pie, etc.

Otros comportamientos a resaltar:

A **nivel sensorial** tienen peculiaridades como la percepción selectiva de determinados sonidos, reaccionan a algunos de ellos y no a todos, mostrando extremada sensibilidad e intolerancia, también les ocurre con los olores, sabores o texturas con adherencia particular a alguna de ellas.

Manifiestan llamativa ausencia de la percepción del dolor, situación que puede enmascarar afecciones médicas importantes, y en los casos severos expresan el dolor a través de reacciones catastróficas o estados de excitación.

No fijan la mirada en el interlocutor, la mirada es esquiva o miran de lado .

Pueden presentar conductas auto y heteroagresivas y reacciones catastróficas ante situaciones de cambios.

Se presentan algunos **signos motores**:

- En general hay ausencia de simetría en los movimientos
- Los reflejos suelen aparecer con modificaciones en relación a lo esperado
- También el desarrollo motor progresa con diferencias a lo esperado
- Las características típicas de la marcha (balanceo de brazos, armonía, etc) están frecuentemente ausentes en aquellos niños que desarrollan autismo.

La severidad del cuadro es variable pero en todos los casos va a estar afectada en algún grado la interacción social, con deterioro en la comunicación

Diagnóstico:

En todos los casos de TEA el **diagnóstico es clínico, y se basa en los criterios establecidos en el DSM o la CIE, evaluando a través de la observación directa o el registro de las alteraciones del comportamiento, no existe un marcador biológico específico para el autismo.**

Las pruebas complementarias que se deben solicitar están determinadas por la búsqueda de una etiología específica o de un síndrome asociado.

El diagnóstico debe ser realizado por el profesional especializado en el área, siendo el pediatra el responsable de la detección temprana de síntomas o signos de riesgo y así facilitar el abordaje adecuado con la derivación inmediata.

Con respecto al diagnóstico varios autores (Howlin, Asgharian,2002; Cortez y Contreras, 2007) plantean que existe una demora aproximada en su realización entre 13 y 60 meses entre que surge la sospecha y se realiza el diagnóstico.

En los últimos años se ha difundido y validado a nivel internacional una escala de detección precoz, no diagnóstica, orientativa, el Checklist for Autism in Toddlers(CHAT), o el modificado(M-CHAT) Modified Checklist for Autism in Toddlers para niños de hasta 2 años de edad, o la Q-CHAT .Consiste en una serie de preguntas a los padres referidas a las situaciones esperadas en los primeros 24 meses de vida.

Debe tenerse en cuenta tanto en la detección como en el diagnóstico, que los síntomas están influidos por los cambios o variaciones del ciclo vital, por lo que siempre se tendrá en cuenta la perspectiva del momento evolutivo; y que en el caso del Síndrome de Asperger o el TEA de alto nivel de funcionamiento el diagnóstico es más tardío por hacerse evidente su clínica a edad posterior. A pesar de ello, en todos los casos de TEA se afecta el funcionamiento adaptativo del sujeto.

(En la página del CDC, encontrará las guías de desarrollo).

www.cdc.gov/ncbddd/Spanish/autism/index.html

El **diagnóstico diferencial** en los primeros años de la infancia es complejo por presentarse otras posibles patologías con compromisos conductuales. Pueden confundir cuadros de retraso mental (especialmente en los grados más severos), trastornos específicos del lenguaje, alteraciones sensoriales, etc

Lo más importante es que ante la detección de retrasos en las pautas del desarrollo, o alteraciones como las mencionadas en los puntos anteriores, no se debe esperar, sino derivar a la consulta temprana para su diagnóstico y tratamiento.

Tratamientos:

Como concepto fundamental cualquier alteración o retraso en las pautas de desarrollo , más allá del diagnóstico, requieren evaluación específica temprana para su posible intervención terapéutica. Espontáneamente no revierten y con la intervención precoz y adecuada, por la plasticidad neuronal, se pueden lograr los progresos en el desarrollo.

El abordaje terapéutico de los niños con trastorno del espectro autista tiene dos aspectos, el educativo y el terapéutico, según describe Misés debe ser articulado entre ambos y debe adecuarse a cada caso particular. Existe consenso a nivel internacional sobre el tratamiento de TEA, que debe ser multimodal e interdisciplinario.

Los objetivos principales del tratamiento son maximizar la independencia funcional y mejorar la calidad de vida del paciente, mejorar el desarrollo y el aprendizaje, favorecer la máxima socialización, así como disminuir las conductas perturbadoras , abordando a la familia y los docentes.(CAPyN, 2013) Los aspectos fundamentales a trabajar no serán los mismos si el niño es pequeño y sin lenguaje a si estamos frente a un adolescente , en cuyo caso se deberá poner mayor énfasis en el tratamiento de las habilidades sociales y las destrezas e intereses a desarrollar

Distintos tipos de abordajes terapéuticos

No farmacológico

- 1- Educativo: no solo referido a los aprendizajes académicos, incluye también la socialización, habilidades adaptativas, etc
- 2- Terapéutico: con distintos tipos de abordajes:

- la intervención conductual tiene a su vez distintos tipos de terapia con diferentes abordajes que se focalizan en aspectos educativos, conductuales y en la familia
- modelos basados en el desarrollo
- terapia del lenguaje
- terapia ocupacional

Médicos:

- 1- Generales : requieren atención especial por presentar morbilidad aumentada. Las dificultades gastrointestinales frecuentes o las convulsiones, así como las autolesiones, infecciones, etc
- 2- Psicofarmacológicas: si bien no son las intervenciones prioritarias, están indicadas para modificar las conductas o síntomas psiquiátricos perturbadores como ser irritabilidad, auto y heteroagresividad, crisis y reacciones explosivas entre otras.(CAPyN,2013)



SUGERENCIAS PARA EL ABORDAJE DEL NIÑO/A PEQUEÑO/A CON AUTISMO

ENTORNO ESCOLAR Y APOYOS PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN EL JARDÍN

Comunicación Pre-lingüística-Trabajar:

- ▶ La atención y acción Conjunta. Rutinas de trabajo. Juego funcional. Imitación. Uso de Gestos y sonidos
- ¿Cómo?
- ▶ Lograr la atención del niño antes de interactuar.
 - ▶ Uso de lenguaje sencillo.
 - ▶ Poner en palabras las acciones de los niños.
 - ▶ Apoyar el lenguaje con gestos.
 - ▶ Usar material real, soportes visuales.
 - ▶ Utilizar diferentes refuerzos: Objetos de interés y refuerzo social: cosquillas, sonrisas....

▶ Federación Autismo Castilla y León "Guía para profesores y educadores de alumnos con autismo"(Cuarta Edición 2014)

ENTORNO ESCOLAR Y APOYOS PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN EL JARDÍN

► Conocimiento e Interacción con el mundo físico:

Hipo/Hipersensibilidad a determinados estímulos. Estrés y angustia ante ruidos, olores, sabores, texturas, espacios. Prevenir problemas conductuales.

¿Cómo?

- Ver Perfil sensorial con la familia.
- Establecer un lugar seguro y libre de estímulo-Refugio
- Realizar acercamientos progresivos a los lugares del estímulo al que es sensible.
- No obligar a usar materiales que rechaza. Hacer acercamientos progresivos al mismo. Ofrecer alternativa de actividad.
- Vigilar el posible alto umbral al dolor.

ENTORNO ESCOLAR Y APOYOS PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN EL JARDÍN

► **Cultura y Artística.**

- Utilizar ayudas visuales y el modelado para el aprendizaje de juegos populares.
- Discriminación auditiva: utilizar sonidos del entorno .Cuentos sonorizados.
- Enseñar el uso del cuerpo. Modelaje de ritmos y movimientos.
- Enseñar el uso del cuerpo y gestos para transmitir emociones con un espejo
- ORGANIZACIÓN DE LA SALA:

Aula ordenada e identificación de los espacios mediante claves visuales. Rincones. Material etiquetado. Sistematizar hasta que reconozca cada área de trabajo. Rincón de trabajo lo mas libre de estimulación sensorial.

ENTORNO ESCOLAR Y APOYOS PARA EL DESARROLLO DE COMPETENCIAS EN EL JARDÍN

AUTONOMÍA E INICIATIVA PERSONAL

Organizar las actividades en forma de rutinas. Repetición de secuencias y apoyo de la acciones con información visual.

Rutinas de entrada y salida.

Rutinas de cambiado. Vestido /desvestido.

Rutinas del baño e higiene de manos.

Rutinas de alimentación.

Recursos de apoyo: Claves Visuales*

- ▶ Paneles Informativos: Anticipación de Actividades a realizar.
- ▶ Paneles de Peticiones: Anticipación gustos, intereses.
- ▶ Paneles Planificaciones de Acciones: Aprendizaje secuencia de una actividad
- ▶ Paneles Reguladores de turnos: Entrenamiento espera estructurada y tolerancia a los tiempo
- ▶ Paneles del Servicio de Alimentación Escolar: Autonomía y Elección
- ▶ Cuaderno de Comunicaciones con la Familia: Generalización de aprendizajes y potenciación de la Comunicación.
- ▶ Simples/Permanentes/Relevantes

*Federación Autismo Castilla y León "Guía para profesores y educadores de alumnos con autismo"(Cuarta Edición 2014)



ACTIVIDAD DOMICILIARIA GRUPAL

1- Se propone la observación del siguiente Video
Seguidme. <https://www.youtube.com/watch?v=iRQFzsZODMU>.
[Compartir en grupo la valoración del mismo.](#)

Puesta en común



BIBLIOGRAFÍA

- Riviere,Angel y Martos Juan:E El niño pequeño con autismo Ed.APNA .
- Plauché,Chris:Reconocimiento del autismo antes de los 2 años(Pediatrics in Review, 2008)