



Educación inclusiva

Diseño y adaptaciones curriculares

Autores:

- MSc. Norma Narcisa Garcés Garcés
- Ing. Génesis Salazar Garcés
- Dra. Janet del Consuelo Bonilla Freire
- Manuel Enrique Chenet Zuta
- Felix Fernando Dueñas Gaitan

Título: Educación inclusiva: Diseño y adaptaciones curriculares

AUTORES:

Garcés Garcés, Norma Narcisa
Salazar Garces, Genesis Kristel
Bonilla Freire, Janet del Consuelo
Chenet Zuta, Manuel Enrique
Dueñas Gaitan, Felix

REVISIÓN TÉCNICA:

Lorena Boderó Arizaga
Magister en educación superior

Sofía Jácome Encalada
Magister en Gerencia en Tecnologías

DISEÑO Y MAQUETACIÓN:

Jennifer Gómez

© de los textos: los autores

© de la presente edición: CEO Editorial

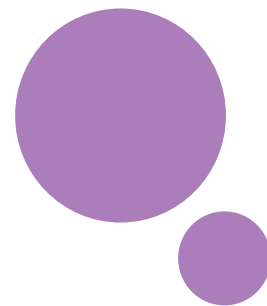
PRIMERA EDICIÓN: 24 de junio de 2024

ISBN: 978-9942-663-02-3

Publicado por acuerdo con los autores Capacitación y Estrategia Online CEO Editorial
Guayaquil – Ecuador

Fecha: 20-06-2024 Cámara Ecuatoriana de Libro

NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos en esta obra son de responsabilidad
exclusiva de sus autores



Contenido general

Contenido general	3
Agradecimiento:	7
Prologo:	8
Capítulo I	10
Adaptaciones curriculares para estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad.	10
Principios de las adaptaciones curriculares.	11
Tipos de adaptaciones curriculares.	12
Adaptaciones curriculares no significativas	12
Adaptaciones curriculares según el nivel de concreción	13
Adaptaciones curriculares según el ente en el que se aplica	14
Adaptaciones curriculares según el grado de afectación	14
Adaptación curricular grado 1 o de acceso al currículo	14
Adaptación curricular grado 2 o no significativa	16
Adaptación curricular grado 3 o significativa	17
Estrategias pedagógicas para atender a niños con necesidades visuales	17
Características de la Estrategia de atención	17
Actividades para realizar un desarrollo intelectual	18
Adaptaciones Curriculares Para El Alumno Con Altas Capacidades	19
Perfil neuropsicológico	20
Dificultades académicas	21
Adaptaciones Curriculares Para El Alumno Con Altas Capacidades Desde La Tutoría	23
Orientaciones educativas para el alumnado con altas capacidades intelectuales	23
Los profesores y los niños con altas capacidades	24
La administración educativa y las altas capacidades intelectuales, el error de asociar a los niños superdotados.	26
Adaptaciones Curriculares Para El Alumno Con Altas Capacidades Desde La Tutoría	28
¿Cómo Hacer Para Que El Súper Dotado Se Adapte?	28
¿Cuáles Métodos De Aprendizaje Según El Currículo Son Aptos Para Estos Casos?	29
Como trabajar con los niños superdotados en el aula	30
El nuevo rol de docente inclusivo	33
Capítulo II	38

Discapacidad intelectual	38
Causas	39
Síntomas	40
Tratamiento	40
Discapacidad intelectual leve	41
Discapacidad intelectual moderada	42
<i>Apoyo como docente:</i>	42
Consideraciones previas en juegos para personas con discapacidad intelectual	44
Discapacidad intelectual profunda.....	45
Síndrome de Down.....	45
Discapacidad física o motora	46
Física	47
Motoras	47
Adaptaciones curriculares de acceso al currículo, metodológicas, evaluativas, objetivos y destrezas para estudiantes con discapacidad física o motora.....	48
Plan de acompañamiento.....	48
Trastorno de espectro autista.....	49
Adaptaciones Curriculares.....	49
Metodológicas	50
Evolutivas.....	50
Objetivos y destrezas para estudiantes con discapacidades físicas y motoras	50
Discapacidades no susceptibles de inclusión	51
Síndrome de Rett.....	51
Causas del Síndrome de Rett	52
Síntomas del Síndrome de Rett	52
Tratamiento para el Síndrome de Rett.....	53
Multidiscapacidad o multiretos	54
Características generales de una persona con discapacidad múltiple	54
Tipos de discapacidades que pueden presentar los niños multiretos	55
Necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad.....	55
Discapacidad intelectual.....	56
Discapacidad intelectual leve	56
Discapacidad intelectual moderada.....	56
Discapacidad intelectual severa y profunda.....	57
Discapacidad física/motora.....	57
Discapacidad auditiva.....	57

Discapacidad visual.....	58
Autismo.....	59
La diversificación y las adaptaciones curriculares en la educación inicial.....	59
El proceso de planificación curricular en la escuela inclusiva.....	60
El proceso de planificación curricular a nivel de aula.....	61
Adaptaciones de los elementos del Curriculum.....	61
Adaptación de capacidades y actitudes del DCN.....	61
Afasia.....	64
Definición de afasia.....	64
Factores contextuales de la afasia.....	64
Investigación médica sobre la afasia.....	66
Causas de la afasia.....	67
Tratamiento de la afasia.....	67
Evaluación de los trastornos afásicos.....	68
El proceso diagnóstico.....	70
La Evaluación del lenguaje.....	71
Trastornos de déficit de atención e hiperactividad.....	72
Tratamiento para el TDAH.....	73
Causas de la ansiedad.....	75
Tratamiento para la ansiedad.....	75
Trastornos de la depresión.....	76
Trastornos de aprendizaje.....	78
Dislexia.....	78
Descalcaría – Discalculia.....	80
Disgrafía.....	81
Disortografía.....	83
Tratamiento para los Trastornos de aprendizaje.....	85
Intervención de los profesionales de la salud.....	86
.....	87
Capítulo III.....	88
Antecedentes Y Estado Actual De Los Aspectos Científicos Y Teóricos Del Síndrome Del Espectro Autista.....	88
El trastorno del espectro del autismo.....	88
Niveles o grados del Autismo (TEA).....	89
Nivel 1: Autismo leve.....	89
Nivel 2: Autismo moderado.....	89

Nivel 3: Autismo severo.	89
Adaptaciones curriculares para atender a niños con espectro autista.	90
La hipótesis del lóbulo temporal medio	94
La hipótesis del cerebelo	95
La hipótesis frontoestriada	95
Síntomas Del Autismo En Los Dos Primeros Años De Vida	96
Pruebas y diagnóstico de los trastornos del espectro autista	96
Pruebas del desarrollo	97
Estrategias Metodológicas Para Trabajar Con Los Niños Con Autismo	98
Estructura del ambiente	98
Estrategias visuales	98
Las necesidades educativas psicomotrices y emocionales	101
Necesidades educativas psicomotrices:	101
Desarrollo de habilidades sociales y emocionales	102
Niños en estado de vulnerabilidad: comportamiento variable, esquizofrenia, estrategias pedagógicas para aplicar en estos niños, test psicométricos para trabajar con estos niños.	103
Niños en estado de vulnerabilidad: Esquizofrenia	103
Niños en estado de vulnerabilidad: Estrategias Pedagógicas a aplicar en estos niños.	104
Enseñanza Diferenciada	104
Escala de Evaluación de la Agresión en Niños (Overt Aggression Scale):	105
Conclusión.	106
Bibliografía	107

Agradecimiento:

Agradezco primeramente a Dios por guiarme en cada paso que doy, también agradezco a las personas que con sus acertadas sugerencias me ayudaron a encaminar el desarrollo de este libro.

Este libro dedicado a las personas que imparten conocimientos a los niños y jóvenes que necesitan adaptaciones curriculares en su proceso educativo.

Prologo:

Este libro contiene información puntual acerca de la Adaptación Curricular, destinado a docentes en formación, pretende llenar los vacíos sobre la correcta implementación de adaptaciones curriculares en los diversos casos con los que un docente se enfrenta al momento de ejercer su profesión, teniendo en cuenta que en la actualidad nos encontramos con una generación informatizada, una generación digital que vive una época con antecedentes de mala implementación educativa.

Es un reto innovar los contenidos curriculares, las metodologías y las técnicas educativas, es algo muy puntual para la mejora del ámbito educativo en todos sus aspectos.



CAPITULO

I

Capítulo I

Adaptaciones curriculares para estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad.

Las adaptaciones curriculares, es decir, en el plan de estudios, están dedicadas a que los alumnos con necesidades educativas especiales continúen con una educación ordinaria el máximo tiempo posible y puedan explotar al máximo sus capacidades, hecho que repercute positivamente en el desarrollo de sus habilidades y competencias y, por ende, en su futura empleabilidad.

¿A quién corresponde hacerlas?

A los profesionales del Centro Escolar que estén implicados en el proceso educativo del alumno con necesidades educativas especiales, principalmente los profesores de las asignaturas donde se van a realizar.

¿Qué son las adaptaciones curriculares?

Las adaptaciones curriculares son todos aquellos ajustes o modificaciones que se efectúan en los diferentes elementos de la propuesta educativa desarrollada para un alumno, con el fin de responder a sus necesidades educativas especiales. Entre ella tenemos las adaptaciones curriculares significativas y las adaptaciones curriculares no significativas.

Para la puesta en práctica de este tipo de adaptación se debe redactar un documento escrito que contendrá al menos 4 apartados:

1. Datos personales y escolares del alumno.
2. Informe o valoración de la competencia curricular del alumno.
3. Delimitación de las necesidades educativas especiales del alumno.

4. Determinación del tipo de currículo adaptado que seguirá el alumno con sus respectivas modificaciones (objetivos, contenidos, metodología, actividades y criterios de evaluación) así como el seguimiento de la adaptación curricular. Se concretarán, además, los recursos humanos y materiales necesarios.

Principios de las adaptaciones curriculares.

La adaptación curricular, como proceso de toma de decisiones sobre los elementos curriculares, elementos de acceso o elementos básicos (objetivos, contenidos, metodología, estrategia de aprendizaje y evaluación) pretende dar respuestas educativas a las necesidades de los estudiantes. Dentro de esta finalidad deberá tener en cuenta los siguientes principios:

- Principio de normalización: El referente último de toda adaptación curricular es el currículum ordinario. Se pretende alcanzar los objetivos mediante un proceso educativo normalizado.
- Principio ecológico: La adaptación curricular necesita adecuar las necesidades educativas de los alumnos al contexto más inmediato (centro educativo, entorno, grupo de alumnos y alumno concreto).
- Principio de significatividad: Cuando se habla de adaptación curricular se hace referencia a la adaptación de los elementos dentro de un continuo que oscila entre lo poco significativo a lo muy significativo. Así pues, se comenzaría por modificar los elementos de acceso, para continuar, si fuera necesario, adaptando los elementos básicos del currículum: evaluación, metodología, etc. Existen muchos intentos de clasificación de los distintos grados de modificación del currículum, por ejemplo, yendo desde lo más significativo a lo menos significativo.
- Principio de realidad: para que sea factible realizar una adaptación curricular es necesario partir de planteamientos realistas, sabiendo exactamente de qué recursos disponemos y a dónde queremos llegar.

- Principio de participación e implicación: La adaptación curricular es competencia directa del tutor y del resto de profesionales que trabajan con el alumnado con NEE. La toma de decisiones, el procedimiento a seguir y la adopción de soluciones se realizarán de forma consensuada y los acuerdos se reflejarán en el documento de adaptación correspondiente

Adaptaciones curriculares significativas Consisten en la adecuación del temario de enseñanza común para todos los alumnos, a las necesidades especiales e individuales de un niño. Existe un Curriculum oficial en cada comunidad autónoma que todo el alumnado tiene que cursar y que se concreta en las programaciones que se realizan en cada centro escolar. Se compone de unos elementos que no se pueden modificar de manera significativa: los objetivos, contenidos, criterios de evaluación y estándares de aprendizaje evaluables.

La adecuación consiste en suprimir algunos elementos, sustituir o incluso añadir algún elemento que no esté presente. Por ejemplo: la adaptación curricular de un niño que cursa 5º de Primaria puede consistir en sustituir estándares de aprendizaje evaluables de ese curso, por otros de 3º de Primaria. Se diseñan de forma individual para las necesidades especiales de un alumno en concreto y suponen una modificación sustancial de elementos obligatorios (prescriptivos) del Curriculum oficial.

Tipos de adaptaciones curriculares.

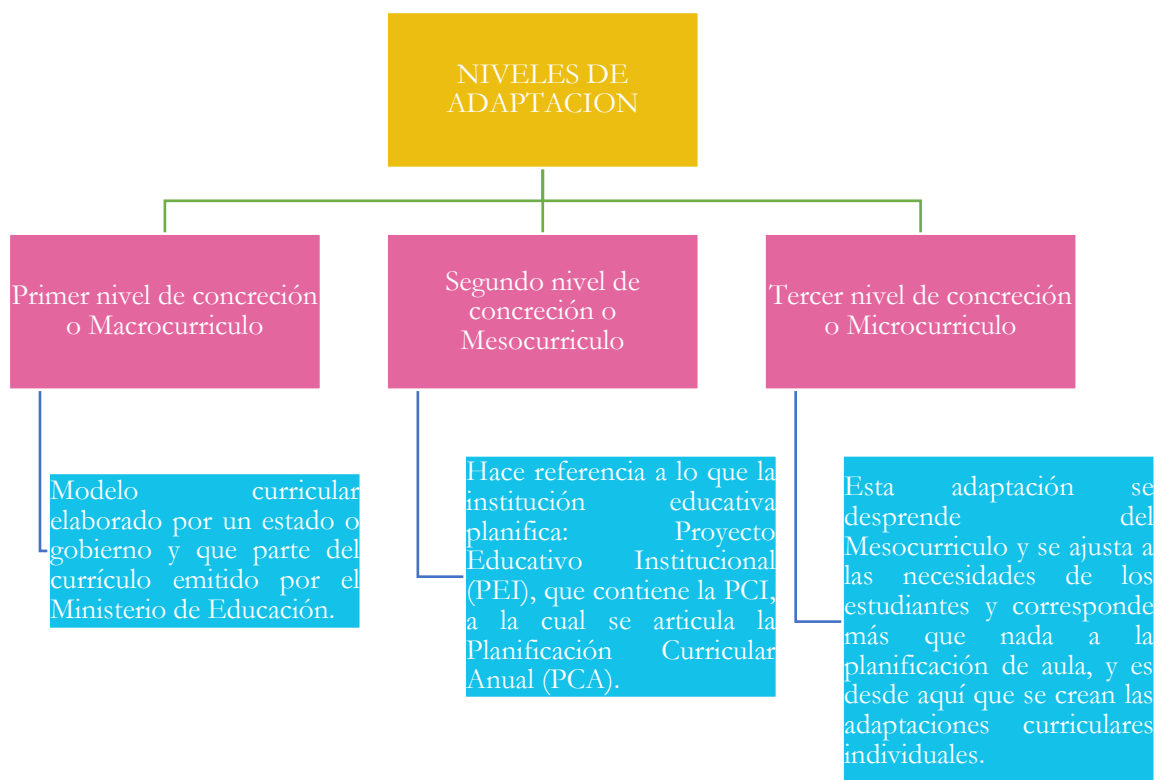
Adaptaciones curriculares no significativas

Son adaptaciones en cuanto a los tiempos, las actividades, la metodología, las técnicas e instrumentos de evaluación. En un momento determinado, cualquier alumno tenga o no necesidades educativas especiales puede precisarlas. Es la estrategia fundamental para conseguir la individualización de la enseñanza y tienen un carácter preventivo y compensador.

También existen las Adaptaciones de Acceso. No son propiamente adaptaciones curriculares. Tienen en común que solo se proporcionan en caso de necesidades específicas y lo único que hacen es adaptar ciertos aspectos para que el alumno pueda “acceder” al plan de estudios oficial. Están pensadas para niños que presentan determinados déficits que requieren material adaptado o determinados recursos específicos: sistema alternativo de comunicación, mobiliario adaptado, supresión de barreras arquitectónicas, etc.

Adaptaciones curriculares según el nivel de concreción

Las adaptaciones curriculares se dan en respuesta a las NNE del estudiante, y la cual se da en la modificación de algunos elementos de currículo con el fin de adaptarlo a las particularidades del estudiante.



Diseño y adaptaciones curriculares

Este tipo de adaptaciones se registra en el DIAC, en donde se condensan las modificaciones pertinentes en los diferentes elementos del currículo, como objetivos, destrezas con criterios de desempeño, metodología, recursos y evaluación. De igual manera, se debe evidenciar los cambios requeridos a nivel de accesibilidad.

Adaptaciones curriculares según el ente en el que se aplica

- Centro educativo. Cuando por diversas circunstancias la institución educativa ajusta el currículo nacional a su contexto y necesidades.
- Aula. Todos los estudiantes de algún grado o curso de EGB o BGU, según se requiera.
- Individuo. Cuando la adaptación se realiza para un estudiante en particular.

Adaptaciones curriculares según el grado de afectación

Adaptación curricular grado 1 o de acceso al currículo

La modificación se realiza tanto en el espacio, recursos o materiales, infraestructura, tiempo que requiere el estudiante para realizar una tarea.

Los recursos que se debe considerar en las modificaciones de acceso al currículo son:

Recursos humanos

- Docente titular, profesionales del DECE, equipo de la UDAI.

Recursos espaciales

- Deben ser adaptadas las condiciones físicas de acceso (iluminación, rampas, letreros en braille, señales visuales, etc.), así como las estructuras arquitectónicas.

Recursos para la comunicación

- Es importante contar con sistemas alternativos de comunicación, como aquellos basados en dibujos y pictogramas, desde los más simples, elaborados en cuadernos, hasta algunos más técnicos como los Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación (SAAC), que comprenden, por ejemplo, el Sistema Bliss o el Sistema Pictográfico de Comunicación (SPC).

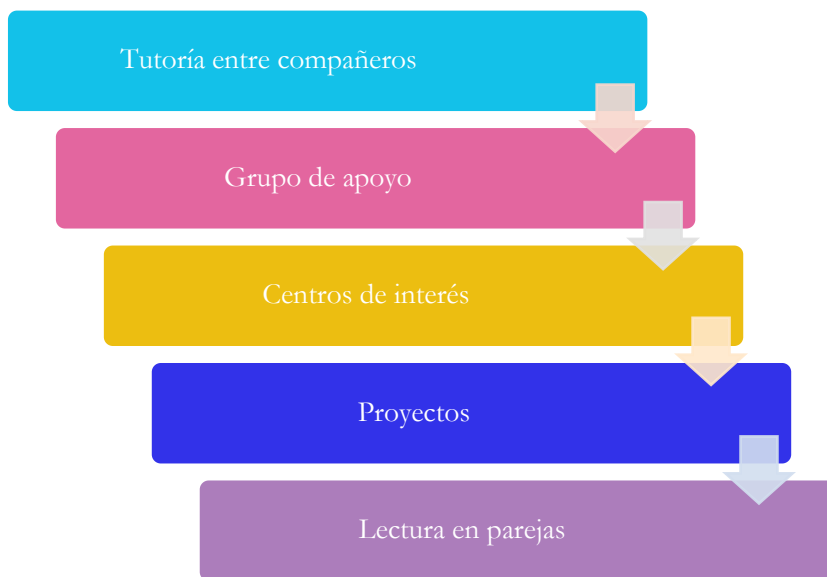
Recursos materiales

- Son materiales que se acomodan para mejorar la funcionalidad del estudiante, como ayudas técnicas para discapacidad motriz o física, además de audífonos; máquina Perkins y programas para discapacidad visual.

Adaptación curricular grado 2 o no significativa

Se incluyen adaptaciones a la metodología y evaluación; sin embargo, los objetivos educativos y destrezas con criterios de desempeño son los mismos para todos los estudiantes. Las estrategias metodológicas y evaluativas deben ser flexibles, abiertas, innovadoras, motivadoras y, sobre todo, adaptables al estudiante.

Algunas de ellas son:



Adaptación curricular grado 3 o significativa

Se modifican los elementos que constan en el grado 2, así como las destrezas con criterios de desempeño y los objetivos educativos. Encontramos:

- Pruebas orales
- Pruebas escritas
- Valoración objetiva actitudinal
- Conversatorios
- Rúbricas

Adaptaciones curriculares según duración

- Temporales. - Se trata de modificaciones al currículo que se aplican en un tiempo determinado hasta que el estudiante disminuya su desfase escolar. Generalmente, se aplican para estudiantes con NEE no asociadas a la discapacidad.
- Permanentes. - Son modificaciones que permanecen durante todo el proceso escolar. Generalmente, son necesarias en caso de estudiantes con NEE asociadas a la discapacidad.

Estrategias pedagógicas para atender a niños con necesidades visuales

Un ejemplo son las herramientas audiovisuales que ayudan a que el estudiante fortalezca su sentido auditivo y empiece a identificar diferentes sonidos que producen las personas que los rodean, los objetos y los diferentes ambientes en los que se encuentran día a día.

Características de la Estrategia de atención

Dificultad para detectar el origen o lugar de los sonidos

- Ubicarlo en una silla y reproducir sonidos del ambiente (carro, animales, etc.) a fin de que loguen identificar el lugar de proveniencia.

Dificultad para identificar el tipo de ruido en el ambiente

- Ubicarlo en la silla y reproducir sonidos de animales, objetos y demás con el objetivo de identificar qué o quién hace el sonido.

Baja representación de la lectura en braille.

- Sistema de puntos para que con el tacto identifique las vocales y consonantes del abecedario.

Actividades para realizar un desarrollo intelectual

Musicoterapia. La música tiene un poder inimaginable para la mente. Y para las personas con discapacidad intelectual se trata de una actividad que no puede faltar.

Encontrar parejas o dibujos diferentes. Esta actividad fomenta la estimulación cognitiva, y se puede realizar con cartas.

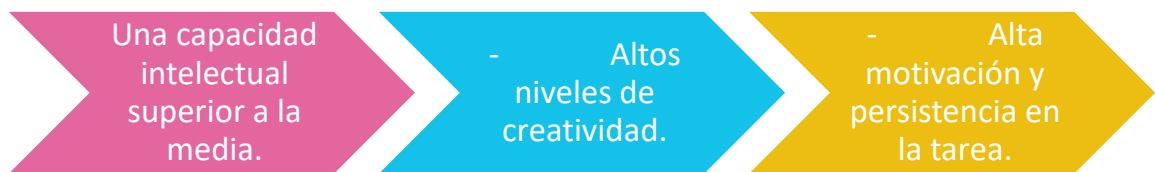
Colorear según el dibujo. Ubicar un modelo de dibujo al lado de otro sin pintar, ayudará a que la persona con discapacidad intelectual vaya pintando con los colores. Se puede usar plantillas en base al nivel de discapacidad para hacerlo más o menos difícil

Pintar

- Pintar es dar rienda suelta a la mente. Libera el estrés y desarrolla una estimulación cognitiva muy beneficiosa. En el caso de los niños con discapacidad intelectual, esta actividad infantil siempre gusta.

Adaptaciones Curriculares Para El Alumno Con Altas Capacidades

Cuando se habla sobre la alta capacidad se hace referencia a la llamada “Teoría de los tres anillos” de Joseph Renzulli. Para él la inteligencia no es un concepto unitario, sino más bien distintos tipos de inteligencia. Es así como establece tres áreas inherentes a la superdotación:



Lo que le permitió a Renzulli hablar sobre dos tipos de inteligencia superior:

- La sobredotación académica.
- La sobredotación creativa-productiva.

Según (Fernández, 2020) el superdotado académico es el alumno que adquiere el temario de forma rápida, con poco esfuerzo y que obtiene excelentes resultados en las pruebas psicométricas aplicadas. El superdotado creativo-productivo tiene gran capacidad de resolver problemas y situaciones utilizando un pensamiento divergente. Es decir, los niños con altas capacidades intelectuales son aquellos que muestran un rendimiento cognitivo excepcional en comparación con sus compañeros de edad.

Para poder determinar la existencia de una alta capacidad intelectual es imprescindible realizar una evaluación específica de habilidades cognitivas y creativas, aspectos emocionales – sociales y estilo de aprendizaje. En este caso se destacan:

- Las nominaciones de los padres: Aquella información que no se puede observar dentro de un aula, contexto educativo o consulta.

- Las auto-nominaciones o auto informes: Aquellas aportaciones que el mismo sujeto realiza de sí mismo, sus intereses, aficiones, su propia actitud ante su capacidad, sus relaciones sociales, etcétera.
- Medidas objetivas: Aquellas que reúnen una serie de características técnicas y psicométricas, como la fiabilidad, la validez e interpretación ante unos resultados.

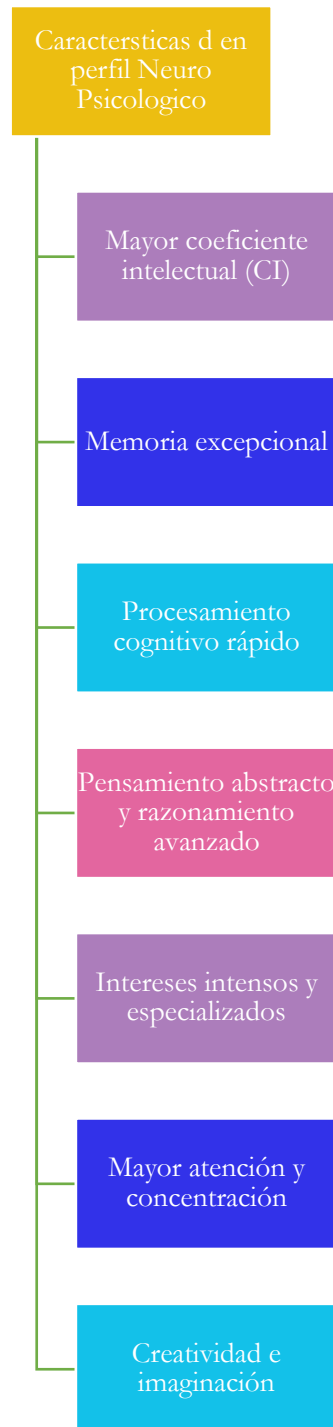
Los niños con altas capacidades intelectuales pueden presentar características y comportamientos específicos que pueden ser:

- Desarrollo temprano
- Curiosidad intensa
- Memoria excepcional
- Pensamiento abstracto
- Sensibilidad emocional
- Perfeccionismo
- Intereses intensos y especializados

Perfil neuropsicológico

Según Miotto, Lúcia y Scaff (2018), la Neuropsicología es el área de psicología y neurociencias que estudia las relaciones entre el sistema nervioso central, el funcionamiento cognitivo y el comportamiento. Por lo tanto, es necesario rastrear el alcance de la alteración cognitiva, verificar las funciones comprometidas y preservadas, observar si existe la presencia de cambios de humor y los impactos causados en el contexto personal, social y ocupacional del individuo. (GALVÃO, 2020)

El perfil neuropsicológico de un niño con altas capacidades intelectuales puede incluir características como:



Dificultades académicas

Dentro de las dificultades de aprendizaje podemos diferenciar varios grupos: bajo rendimiento escolar, dificultad específica de aprendizaje, TDA/H, discapacidad intelectual límite y altas capacidades.

Según datos del Ministerio de Educación, alrededor del 70% de los alumnos con altas capacidades tiene un rendimiento escolar inferior a lo que se podría esperar y entre un 35% y 50% presenta fracaso escolar. (Santos, 2019) Los niños con altas capacidades intelectuales pueden enfrentar una serie de dificultades académicas debido a sus características particulares. Algunas de estas dificultades pueden ser:

Falta de desafío: Los niños con altas capacidades a menudo tienen una rápida capacidad de aprendizaje y pueden aburrirse fácilmente si el currículo escolar no les proporciona suficientes desafíos. Pueden sentir que las clases son demasiado lentas o repetitivas, lo que puede llevar a la desmotivación y al bajo rendimiento académico.

Falta de adaptación del currículo: El currículo puede estar diseñado para el promedio de los estudiantes, lo que dificulta que estos niños avancen a su propio ritmo. Esto puede llevar a una falta de desarrollo completo de sus habilidades y talentos.

- **Problemas de socialización:** Pueden tener dificultades para establecer amistades significativas y pueden ser objeto de burlas o aislamiento.
- **Perfeccionismo y miedo al fracaso:** Esto puede generar ansiedad y estrés.
- **Dificultades emocionales:** Pueden enfrentar desafíos para manejar la frustración, el aburrimiento o la falta de comprensión de los demás.

Adaptaciones Curriculares Para El Alumno Con Altas Capacidades Desde La Tutoría

Orientaciones educativas para el alumnado con altas capacidades intelectuales

Una vez que se ha identificado al alumno con altas capacidades intelectuales, es necesario analizar y comprender cuáles son sus necesidades educativas específicas. Esto permitirá definir de manera precisa la respuesta educativa que se debe ofrecer dentro del marco curricular del grupo en el que se encuentran.

Los estudiantes con altas capacidades tienen necesidades sociales, emocionales e intelectuales que varían de una persona a otra. Desde el punto de vista psicológico, es importante que experimenten éxito en un entorno intelectual estimulante, tengan flexibilidad en sus horarios y actividades, y participen en la planificación y evaluación de las mismas. En el ámbito social, necesitan sentirse aceptados, confiar en sus profesores, padres y compañeros, y tener la oportunidad de compartir sus ideas y dudas. En cuanto a sus necesidades intelectuales, requieren una enseñanza adaptada que les facilite el acceso a recursos adicionales, estímulos para fomentar su creatividad y la oportunidad de utilizar sus habilidades al máximo. Los estudiantes requieren tener un control sobre lo que aprenden, lo cual se logra a través de su participación activa en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Para satisfacer sus necesidades, se adopta un enfoque multidisciplinario.

Una vez que se han identificado las necesidades del alumno, se implementa una propuesta curricular que se ajusta a dichas necesidades. Esto implica acelerar o enriquecer el currículo mediante diversas estrategias, como la ampliación de una o varias áreas, actividades de profundización y adaptaciones temporales que permiten un ritmo más acelerado en la adquisición del aprendizaje. Además, se llevan a cabo adaptaciones metodológicas que fomentan el progreso del alumno a través del trabajo autónomo, entre otras medidas. Estas adaptaciones siempre se realizan bajo la orientación, el estímulo y la guía del profesor. En el caso de realizar adaptaciones en los objetivos de área, se busca enriquecerlos o dar prioridad a algunos sobre otros. Esto permite que los alumnos, además de adquirir los contenidos del currículo con un alto grado de profundidad, pongan en práctica procesos cognitivos complejos, desarrollen el pensamiento creativo y divergente, y adquieran autonomía en el proceso de aprendizaje.

Con el fin de promover el uso de las capacidades cognitivas superiores del alumno, se plantean actividades que involucran la definición, identificación y relación de los contenidos, la explicación de los hechos, la comparación de ideas, situaciones y resultados, la búsqueda de relaciones y la interpretación de datos, resultados y hechos (Albes, y otros, 2018).

Los profesores y los niños con altas capacidades

Las adaptaciones curriculares en relación a los contenidos a enseñar pueden ser abordadas desde tres perspectivas:

- Desarrollar en profundidad y extensión los contenidos del currículo: Por ejemplo, en el área de matemáticas, se puede ampliar el enfoque de resolución de problemas, incluyendo diferentes niveles de complejidad. Esto implica anticipar resultados, utilizar razonamiento deductivo e inductivo, analizar distintas vías de resolución y aplicar los conceptos a situaciones de la vida real.

- Incluir técnicas y actuaciones específicas en el currículo: Este enfoque busca incorporar al programa una variedad de contenidos, técnicas y actividades específicas, principalmente orientadas hacia aspectos procedimentales y actitudinales. Por ejemplo, se pueden introducir actividades para el desarrollo social y emocional, técnicas de búsqueda y manejo de información, así como actividades de investigación que fomenten el aprendizaje autónomo.

- Introducir nuevos contenidos basados en los intereses del alumno: En este enfoque, se considera importante que los contenidos respondan a los intereses individuales del alumno y tengan un carácter opcional. Se prioriza el fomento de la motivación intrínseca del alumno por aprender, incluso cuando sus intereses conduzcan a temas diferentes de aquellos en los que muestra mejores habilidades y rendimiento.

Para abordar estas necesidades, se implementan medidas ordinarias son estrategias adecuadas a las necesidades específicas del alumno, como presentar contenidos con distintos niveles de dificultad, actividades interdisciplinarias, agrupamientos flexibles y adaptación de recursos didácticos. Las medidas extraordinarias implican enriquecer la experiencia de aprendizaje del alumno a través de estrategias y tareas diseñadas especialmente para el alumno, con la asesoría y supervisión del profesorado.

Para ello, se desarrolla un programa basado en los resultados de la evaluación psicopedagógica, donde se detallan los objetivos, contenidos, metodología específica, ajustes organizativos y criterios de evaluación aplicables.

Las estrategias de enseñanza utilizadas se seleccionan en función de las características de los alumnos, los objetivos y los contenidos de las programaciones, siempre teniendo en cuenta los principios educativos establecidos por ley. Entre los recursos de trabajo para los estudiantes con altas capacidades se encuentran los programas de enriquecimiento extracurricular, como el proyecto Estalmat, que busca detectar y estimular talentos en matemáticas desde temprana edad. También se puede mencionar que, en ciertas condiciones, las escuelas oficiales de idiomas otorgan puntuación complementaria para el acceso de estos alumnos a enseñanzas especializadas de idiomas. Otras estrategias educativas incluyen talleres, convocatorias, bachillerato trilingüe, programas de estudios independientes y programas específicos como educación emocional y CISSPRAXI.

Medidas de carácter extraordinario: Se refieren a la flexibilización de las etapas y enseñanzas mediante la reducción de su duración. Estas medidas se implementan luego de un riguroso proceso de evaluación que determina si son las más adecuadas para el alumno (Molina García, 2020)

Estos factores son considerados cuidadosamente para garantizar que la aceleración sea una medida efectiva y beneficiosa para el desarrollo educativo del alumno. Las actuaciones por parte del profesorado incluyen diversas estrategias y enfoques para atender a las necesidades del alumno:

Introducir nuevos objetivos que se adapten a las necesidades, intereses y aptitudes del alumno, incluso aquellos que no estén contemplados en la programación establecida. Esto implica también la inclusión de objetivos relacionados con el desarrollo emocional y social del estudiante. Plantear contenidos intelectualmente estimulantes, como actividades de clasificación y comparación. A su vez, es importante eliminar aquellos contenidos que ya han sido asimilados por el alumno. Además, se deben introducir contenidos de tipo procedimental, enfocados en enseñar técnicas para la búsqueda de información.

La metodología de trabajo debe ajustarse al ritmo de aprendizaje del alumno, permitiendo un mayor tiempo para la planificación que para la ejecución de las actividades. Se debe fomentar el juego imaginativo, el desarrollo del pensamiento lógico-matemático y las prácticas artísticas. Asimismo, se deben aplicar las nuevas tecnologías al proceso de aprendizaje y fomentar la curiosidad. Es importante evitar desarrollar un sentido de perfección exagerado y promover la autonomía en el aprendizaje, el diálogo, la comunicación y el respeto.

En cuanto al sistema de evaluación, se realiza una evaluación inicial para conocer el nivel del alumno. Se toman como referencia los criterios de evaluación establecidos y se valora el progreso en relación a la situación inicial. La evaluación se centra en la observación y análisis de los trabajos del alumno, no limitándose únicamente a los exámenes. Además, se promueve la autoevaluación como parte del proceso de aprendizaje.

La administración educativa y las altas capacidades intelectuales, el error de asociar a los niños superdotados.

Desde el siglo XX se llevó a cabo la constitución de un proyecto social, económico, político y cultural, como resultado de los procesos originados en estos ámbitos por la Revolución Industrial y la caída de los gobiernos monárquicos, se convirtió en objeto de estudio filosófico y, posteriormente, de distintas disciplinas como la Sociología, la Psicología, y las Ciencias Políticas, entre otras. Conforme la educación fue ganando importancia dentro del nuevo orden mundial en el siglo XX, atrajo la conformación de una comunidad de investigadores, dedicados a dar cuenta de la compleja trama de elementos que entran en juego en el proceso enseñanza-aprendizaje, no sólo a nivel pedagógico, sino también administrativo. Por esta razón, la Administración, disciplina aún joven, con esos cien años de desarrollo y evolución, fue ofreciendo aspectos epistemológicos, teóricos, metodológicos y técnicos, de importancia fundamental para el desarrollo de una teoría capaz de dar cuenta de la administración de las organizaciones educativas. (Madriz).

“Altas Capacidades” es dudoso debido a que existen considerables definiciones diferentes. Además, suele relacionarse con otros términos como “talento”,

“sobredorado”, “superdotado”, etc. Estos términos dificultan mucho la comprensión del concepto de “Alta Capacidad” porque se trata de características que la sociedad asigna a estas personas y han ido variando según el momento histórico y el contexto. En la actualidad, estos conceptos han sido englobados en el término de Altas Capacidades.

(Garnica, 2013)Nos indica que “tras varios estudios, se ha comprobado que es significativamente mayor el número de familias que conocen el concepto de “alumno superdotado” que el de “altas capacidades.”

Este término ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y se han utilizado muchos criterios o principios teóricos para poder explicarle. Por ello, existe una fuerte confusión con los diferentes términos de superdotación, talento y precocidad lo que conlleva a una errónea categorización o a omitir claros indicadores.

A través de esto algunas culturas se han centrado en valorar a estos niños a través de su razonamiento lógico, los poderes de persuasión que tengan o la capacidad que tengan para escuchar bien a los demás

Según (cols, 1999) “es mucho más valioso y útil, reconocer los puntos fuertes de un talento en concreto que solamente centrarnos en afirmar que un niño tenga Altas Capacidades.”

De todos los mitos difundidos y trágicamente interiorizados acerca de las altas capacidades, que son muchos y muy generalizados, creo que el más dañino es aquel que asocia la sobredotación con el alto rendimiento, traducido en calificaciones excelentes, es decir, con el alumno brillante.

Si bien es verdad que hay un porcentaje de niños(as) con altas capacidades que tienen un alto rendimiento académico, hay muchos, muchísimos que no. Este colectivo que no se adapta a las demandas de la escuela basada en aprendizajes creados para la media de la población desde el punto de vista de inteligencia, tiene rendimientos mediocres e incluso fracaso escolar. Entonces, los profesores y algunos orientadores no solo no les detectan, sino que además tienden a cuestionar las valoraciones hechas por profesionales privados.

Adaptaciones Curriculares Para El Alumno Con Altas Capacidades Desde La Tutoría

(2 Pérez L, 2006) Dotación superior/alta capacidad intelectual: se refiere a un nivel elevado de competencia en determinadas áreas, es decir, que se evidencian habilidades naturales sin necesidad de instrucción. Los niños, niñas y adolescentes con dotación superior presentan necesidades educativas especiales que requieren de una atención especializada, pues poseen altos niveles de desarrollo en áreas cognitivas, creativas y/o artísticas, amplio vocabulario, poder de observación, curiosidad en relación a su edad, capacidad excepcional de liderazgo, alta motivación e interés por temas trascendentes y complejos. Se destacan en asignaturas académicas específicas, deporte, creatividad, sensibilidad para el arte, originalidad, entre otros. Tienen altamente desarrollados el autocontrol, la autocritica y la rigurosidad en su comportamiento, además de la constante búsqueda de la perfección, alto comprometimiento y diferente funcionamiento en la ejecución de una tarea.

¿Cómo Hacer Para Que El Súper Dotado Se Adapte?

Primeramente debemos de tener en cuenta que si la educación que reciben no se ajusta a sus necesidades, los niños se vuelven inactivos, distraídos y tienen mala conducta, no porque quieran tener un comportamiento inadecuado más bien esto se debe a que estos alumnos como mantienen una alta capacidad en concentración las actividades que ya han realizado les parecen tediosas o aburridas, Aunque es cierto que no es bueno extremar, es conveniente que estos niños reciban una atención especial se recomienda que los niños asistan normalmente a la escuela , pero que inviertan más horas de estudio semanales es decir adicionales ya que son niños llenos de curiosidad, talentosos, queriendo explorar pues si les gusta otro idioma es bueno que los padres los inscriban a clases extras los fines de semanas.

Ya cuando hablamos en el nivel escolar esto implica que el profesor, con ayuda de apoyos y una adecuada orientación educativa, deba atender las peculiaridades de cada alumno con altas capacidades programando de esta manera actividades pedagógicas con suficiente nivel de retos y una metodología de aprendizaje personalizado.

Este alumnado, necesita un entorno que potencie su talento, necesitando así de programas de educación personalizada y adaptada que partan desde las instituciones, docentes y centros educativos que apoyen el desarrollo de su capacidad. Y es que, como hemos comentado previamente, las altas capacidades son evolutivas, y su desarrollo requiere de un entrenamiento adecuado y altos niveles de motivación, perseverancia, debemos de realizar adaptaciones curriculares ya que son el instrumento fundamental para conseguir la individualización de la enseñanza para estos alumnos que son súper dotados.

¿Cuáles Métodos De Aprendizaje Según El Currículo Son Aptos Para Estos Casos?

En este aspecto usaríamos el método de enseñanza individualizada ya que estas se enfocan en las necesidades de un solo alumno, siendo así la enseñanza específica y dirigida a una necesidad en este caso sería a los niños súper dotados o con altas capacidades.

La adaptación del súper dotado en el ámbito familiar, social y escolar, debe ser un acompañamiento junto, ya que un niño superdotado o con altas capacidades en su casa deben de ofrecerle herramientas y la estimulación necesaria para así ellos puedan desarrollar sus intereses y talentos, en el ambiente escolar debería existir una comunicación por parte de la madre o tutor del niño hacia la docente comunicando que pueda ayudar al niño a estimular su aprendizaje a nivel cognitivo para así estar desarrollando su potencial, debemos recordar que ellos mantienen un aprendizaje significativo y nosotros como padres o docentes apreciar los logros de cada uno de ellos, en la parte social los niños superdotados pueden llegar a sentirse incomprendidos ya que su hipersensibilidad les hace ser muy consciente de sus emociones, ya que muchas veces ellos no quieren socializar con sus compañeros en los juegos y que prefieren hacer otra cosa o otras actividades.

Para concluir puedo decir que los niños súper dotados o con altas capacidades son aquellos que requieren mayor atención ya que ellos buscan experimentar, crear, explorar, conocer cosas nuevas es decir son muy activos y si hacemos actividades básicas o cuando volvemos retomar de un mismo tema ellos se van a sentir aburridos ya que fue algo que ellos ya captaron y tienen talvez preguntas o van a querer realizar otras actividades, son niños que tienen un buen desarrollo cognitivo que se desenvuelven de manera autónoma y que mantienen una alta comprensión y expresión hacia los demás.

Como trabajar con los niños superdotados en el aula.

Los niños con altas capacidades especiales también conocidos como superdotados son caracterizados por tener habilidades intelectuales y talentos excepcionales en comparación con otros niños de su misma edad, es por lo que debemos tener algunas estrategias o métodos de como poder trabajar con ellos, pero primero debemos tener en cuenta algunos enfoques y estrategias que nos han brindado algunos autores:

Según (Sternberg) que en el rendimiento superior se utilizan una serie de procesos cognitivos específicos para procesar la información, para enfrentarse a la novedad o para solucionar problemas, este autor distingue las inteligencias analítica, creativa y práctica.

Mientras que (Gardner) propone una perspectiva más amplia de la inteligencia, argumentando que los estudiantes superdotados pueden tener habilidades y talentos en diversas áreas. Su teoría de las inteligencias múltiples sugiere que se deben ofrecer oportunidades para que los estudiantes superdotados exploren y desarrollen sus talentos en áreas como la música, el arte, el deporte, la ciencia, entre otras.

A continuación, presentaremos estrategias que favorecen al alumnado superdotado:

- Posibilitar la utilización de capacidades cognitivas de alto nivel: fomentar el pensamiento abstracto, razonamiento simbólico, síntesis, pensamiento creativo y reflexión sobre lo hecho.
- Fomentar la creatividad y el pensamiento divergente: potenciar la fluidez, la elaboración, la originalidad y la flexibilidad.
- Motivarles hacia el aprendizaje permitiendo que su curiosidad y sus intereses tengan cabida en el aula.

Diseño y adaptaciones curriculares

- Programar objetivos y actividades para el desarrollo social: favorecer el desarrollo social impulsando el respeto a la diferencia, los vínculos de amistad, la capacidad para resolver dificultades interpersonales, evitar el aislamiento y potenciar el sentimiento de pertenencia al grupo.
- Permitir al estudiante que investigue tanto como necesite para conocer los temas en profundidad.
- Evitar la repetición mecánica y no volver a hacer lo que ya saben y dominan.
- Proporcionar oportunidades para trabajar en proyectos independientes o colaborativos que les permitan aplicar sus habilidades y conocimientos en situaciones reales.
- Fomentar la participación en actividades extracurriculares que les permitan desarrollar sus intereses y habilidades, como clubes de ciencias, matemáticas, música, arte, deportes, etc.
- Establecer metas claras y desafiantes que les permitan desarrollar su potencial al máximo.
- Proporcionar oportunidades para interactuar con otros estudiantes superdotados y compartir experiencias similares.
- Fomentar el desarrollo de habilidades sociales y emocionales, como la empatía, la resolución de conflictos, la autoestima y el autocontrol emocional.

Pero debemos saber que cada niño superdotado es único, por lo que es importante ajustar y adaptar estas estrategias según sus necesidades individuales. También es valioso colaborar con otros profesionales de la educación y participar en programas de desarrollo profesional relacionados con la educación de los niños superdotados.

- Actividades educativas para niños con altas capacidades educativas. Para que los niños superdotados puedan desarrollar sus habilidades, es muy necesario que los docentes nos pongamos a su altura y les planteemos juegos o retos complejos como los siguientes:

Diseño y adaptaciones curriculares

- Proyectos de investigación cortos: Introducir a los niños en proyectos de investigación cortos y sencillos. Por ejemplo, los niños pueden investigar sobre animales, plantas o fenómenos naturales. Debemos animarlos a presentar sus hallazgos de forma creativa, como dibujos, maquetas o presentaciones simples.
- Manipulativos y materiales didácticos avanzados: Proporcionar a los niños materiales manipulativos y didácticos más avanzados, como rompecabezas más complejos, bloques de construcción especializados o juegos de encaje y clasificación. Estos materiales desafiarán su pensamiento lógico y habilidades cognitivas.
- Juegos de pensamiento lógico: Introducir juegos que fomenten el pensamiento lógico y el razonamiento, como rompecabezas de lógica, juegos de memoria o actividades de patrones y secuencias. Estos juegos estimularán su capacidad para resolver problemas y desarrollarán su razonamiento deductivo.
- Experimentos científicos simples: Realizar experimentos científicos simples y divertidos que permitan a los niños explorar conceptos científicos. Por ejemplo, pueden realizar experimentos sobre la flotación, mezclas de colores o reacciones químicas sencillas. Debemos animarlos a observar, hacer predicciones y registrar sus hallazgos.
- Actividades artísticas y creativas: Presentar actividades que fomentan la creatividad y la imaginación como dibujar, pintar, modelar con arcilla, construcciones, marionetas, cuentos pueden ayudar a los niños superdotados a explorar sus intereses y desarrollar habilidades artísticas.
- Juegos de palabras y vocabulario: Proporcionar juegos de palabras y actividades de enriquecimiento del vocabulario. Puedes utilizar juegos de asociación de palabras, adivinanzas o crear tarjetas de vocabulario con palabras desafiantes para ampliar su conocimiento lingüístico.

□ Creación de historias digitales: Utilizar aplicaciones o herramientas en línea que les permitan crear historias digitales con imágenes, texto y narración. Pueden desarrollar su creatividad, habilidades de narración y aprender sobre estructura de historias. Debemos saber cómo adaptar estas actividades a la edad y las necesidades individuales de los niños. Es importante mantener un equilibrio entre desafío y diversión, y proporcionar un ambiente en el que los niños se sientan motivados y emocionados por aprender.

El nuevo rol de docente inclusivo

El rol docente dentro de una educación inclusiva, tiene como función brindar una educación de calidad, basada en adaptaciones, herramientas y estrategias que favorezcan dicha educación, pues los niños por su condición de dependencia y vulnerabilidad, es necesario que se le brinde la atención y cuidados especializados, que permitan al niño desarrollarse en su máximo potencial. Asimismo, es importante mencionar que, mientras más temprana sea la inclusión en las aulas, mayores posibilidades tendrán los niños de lograr un verdadero desarrollo de sus capacidades, el cual le permitirá desenvolverse de la mejor manera, mejorando así su condición de vida. (Arrunategui Lopez, 2020)

En la educación inclusiva, el docente tiene un papel imprescindible para ofrecer una buena educación, aplicando diferentes procedimientos con estrategias y métodos que ayuden en el aprendizaje del estudiante que posee alguna dificultad o discapacidad para aprender, es por ello que se le debe dar mayor interés en cuanto a su desarrollo. Por otro lado, mientras más pronto se apliquen adecuaciones, la posibilidad de que el niño se desarrolle progresivamente es mayor, lo cual favorecerá en su aprender diario.

El principal promotor de la inclusión es el docente, quien debe cumplir con los aspectos como actitudes, conocimientos, habilidades y competencias docentes, ser como el sembrador que va dejando la semilla en tierra fértil, poco a poco, día con día, sin adelantos ni sobresaltos, ser paciente, tolerante y trabajar colaborativamente con sus colegas, los frutos se verán reflejados a mediano o largo plazo y no serán concluidos, pues cada vez se presentarán nuevos retos que tendrá que sortear y salir adelante en el proceso de la inclusión educativa. Para ello, tendrá en cuenta las barreras del aprendizaje que presenten los estudiantes que estén a su cargo, educar a todos y no a unos cuantos o a los más sobresalientes o menos favorecidos, ver su grupo de manera integral, pero con sus características individuales y que entre ellos se pueden apoyar los unos a los otros. (Educrea, 2018)

Los docentes deben estar capacitados y así mismo poseer habilidades, destrezas y actitudes que les posibilite introducirse en el cambio educativo, debe ser el principal promotor de la inclusión en su aula sembrando en sus alumnos el respeto, empatía, paciencia, perseverancia y sensibilidad, contribuyendo en un cambio para la sociedad donde se incluyen y valorizan la contribución de todos sin excepción de nadie.

(Mineduc, 2020) Álvaro Marchesi señala cinco competencias básicas que se esperan de un docente:

- Ser capaz de gestionar un aula en la cual aprendan lo que se espera que aprendan.
- Ser capaz de organizar el aula para que todos sus estudiantes aprendan, como una respuesta a la diversidad.
- Favorecer el desarrollo social y emocional de los estudiantes, generando entornos de convivencia equilibrados y tranquilos.
- Trabajar a través de la colaboración y un proyecto de equipo.
- Trabajar con las familias para el progreso educativo.

Estrategias del docente inclusivo

- Adecuar el currículo según las características de los estudiantes.

Diseño y adaptaciones curriculares

- Realizar adaptaciones curriculares de menor a mayor significancia, de acuerdo a las necesidades de cada uno de los estudiantes.
- Aprovechar la diversidad de los estudiantes para la planificación y ejecución de actividades que promuevan aprendizajes cooperativos, de manera que puedan intercambiar experiencias y así aprender entre ellos.
- Proponer actividades de forma individual o grupal, que permitan a los estudiantes autorregular sus aprendizajes.
- Hacer del juego una forma agradable para generar aprendizajes, donde los estudiantes puedan alcanzar de manera adecuada los objetivos previstos

El Aprendizaje Cooperativo y la Educación Inclusiva

Son dos términos que se implican mutuamente. Si la filosofía de la inclusión educativa es la participación efectiva e interrelación de los alumnos entre ellos respetando las diferencias y solidarizándose con ellas, el aprendizaje en grupo cooperativo es la solución metodológica y didáctica para participar, sentirse incluido en el grupo, sentirse aceptado y aumentar la percepción de valía personal (Autoestima). (Antonio, 2019)

La enseñanza cooperativa o colaborativa va de la mano con la educación inclusiva, puesto que por ser un recurso eficaz dentro del aula de clase que va a fomentar inclusión, por el hecho de la interacción que se produce entre estudiantes para realizar un trabajo, donde todos participan en la elaboración de aquello mejorando el rendimiento del grupo, dado que lo componen diversos estudiantes con diferente pensar, unos con más habilidades, destreza que otro ayudando así a un buen trabajo en equipo.

El trabajo cooperativo facilita que un conjunto de personas pueda interaccionar para la obtención de un bien compartido, en el que se acepta y se entiende como positivo que toda persona puede aportar aspectos y dimensiones diferentes en el proceso de aprendizaje, entendiendo que el aprendizaje no tiene por qué ser unívoco (Lata y Castro, 2015).

El aprendizaje cooperativo por otro lado consigue un buen desarrollo psicológico, social y cognitivo. El profesor también tiene un rol importante al aplicar este tipo de aprendizaje, ya que debe estar orientando al estudiantado en sus trabajos en grupo, así es como trabaja conjuntamente con ellos para llegar al objetivo de maximizar su propio conocimiento y el de sus estudiantes.

Podemos decir que el trabajo colaborativo es una de las mejores metodologías para utilizar en el mejoramiento del proceso educativo en el aula inclusiva, es de mucho beneficio este tipo de aprendizaje para los niños tengan relación con sus otros compañeros, fomentando la igualdad de oportunidades.



CAPITULO II

Capítulo II

Discapacidad intelectual

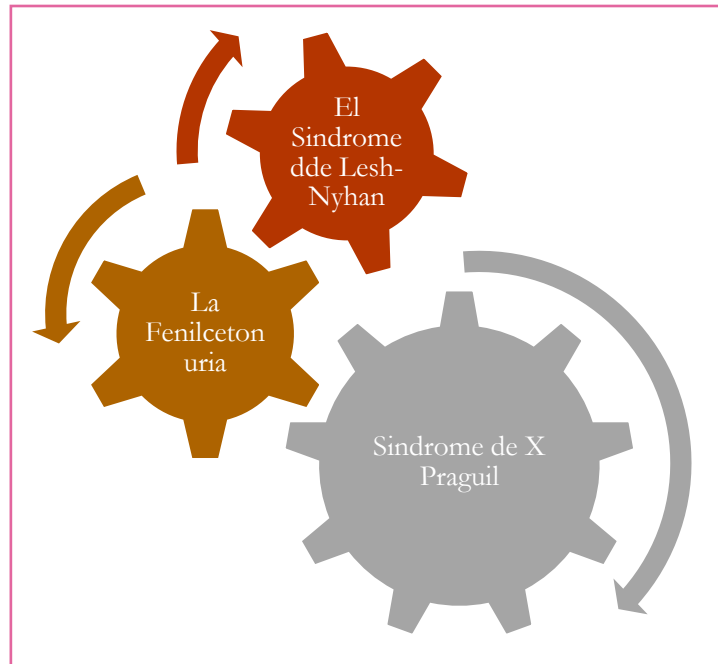
Según (Martín, 2018) comprende como discapacidad intelectual al retraso de habilidades cognitivas que se da de una manera inconclusa durante el crecimiento del niño, esto quiere decir que la persona puede tener dificultad para comprender, aprender y a la vez presentar problemas para memorizar cosas nuevas que aparecen durante el desarrollo y contribuyen al mismo nivel de inteligencia general. Cabe destacar que en los niños esta dificultad se puede evidenciar de manera leve, moderada, grave, severa o profunda. Las personas o los niños que tienen esta dificultad les cuesta avisar o informar a los que los rodean que requieren ayuda, así como para valerse por sí mismos.

El niño que tiene DI tiene la posibilidad de aprender y desarrollar de una manera más lenta que los otros niños de su época o edad. Los mismos que requieren de más tiempo para desarrollar el habla, caminar, y hacer sus cosas de autocuidado, por ejemplo: vestirse o comer sin ayuda y también podrían tener problemas de aprendizaje en la escuela. Este trastorno ocurre antes de los 18 años. De esta manera este término se utiliza para las personas que fueron previamente diagnosticadas con este trastorno tanto en su nivel, categoría, para así poder dar un diagnóstico y generar un resultado.

Causas

Existen 4 causas más comunes, dentro de ellas están las siguientes:

- Trastorno genético: estos son dificultades de los genes, los mismos que son partículas pequeñas que tenemos todos los seres vivos. Algunos trastornos de los genes son:



Estos trastornos se transmiten a los bebés en el momento de la concepción.

Trastornos cromosómicos: suceden durante el proceso de disposición de los cromosomas. Los más comunes son el síndrome de Down, el síndrome de Prader-Willi y el síndrome de Angelman.

Biológica y orgánica: se presentan antes, durante o después del nacimiento. Las principales causas prenatales son el sarampión y la rubeola durante el embarazo, el consumo de toxinas o de ciertos medicamentos. En cuanto a los factores perinatales (durante el alumbramiento), cabe destacar la exposición a toxinas o infecciones (por ejemplo, el herpes genital), la presión excesiva en la cabeza o la asfixia. Por último, pueden darse algunas causas postnatales como un traumatismo craneano o una meningitis.

Ambientales: por ejemplo, carencias alimenticias de la madre durante el embarazo, el consumo de drogas o alcohol, la falta de estimulación física y sensorial y la carencia de atención sanitaria.

Síntomas

Los síntomas aparecen cuando un niño se acerca a la edad escolar y los más comunes son:

- Hablar tarde
- Problemas de comportamiento
- Lento en dominar las cosas
- Berrinches explosivos
- Caminar tarde
- Dificultad para recordar cosas
- Convulsiones
- Trastornos del estado de ánimo
- Trastornos de ansiedad
- Problemas auditivos

Tratamiento

Empieza con el desarrollo de un plan de control integral y las intervenciones tempranas a través de asistencia infantil que ayudan al niño a mejorar sus habilidades de aprendizaje y comunicación.

- Programa de intervención temprana
- Apoyo en equipo multidisciplinario

El tratamiento se aplica según el nivel de gravedad que presenta la persona. El acompañamiento de su familia en esta etapa es de suma importancia ya que, si se llega a presentar esta discapacidad intelectual o tal vez una conjetura, los encargados deben realizar un informe y evaluar las causas, que lo llevan a detectar esta dificultad o problema. Posterior comunicarle a los padres.

Se desarrolla un programa integral, individualizado, con la ayuda de especialistas apropiados, incluidos educadores.

Un grupo multidisciplinario está integrado por ortopedistas, terapeutas físicos y terapeutas ocupacionales (que ayudan a tratar enfermedades concomitantes en niños con déficits motores), especialistas en lenguaje y otólogos (que ayudan con los retrasos del lenguaje) neurólogos o pediatras especializados en desarrollo y conducta, nutricionistas (que generen un plan de alimentación adecuada para el niño), psicólogos (que hacen seguimiento de la planificación de las intervenciones conductuales)

Discapacidad intelectual leve

La discapacidad intelectual leve se define como personas con un coeficiente intelectual entre 50 y 70, desviaciones estándar por debajo del promedio de la población. La mayoría de las personas con discapacidad intelectual (alrededor del 85%) se encuentran en este nivel. Las personas con esta discapacidad intelectual tienen predominantemente retrasos cognitivos y déficits sensorio motores leves. Aunque su capacidad de aprendizaje está algo retrasada, pueden permanecer en el sistema educativo, recibir una educación y ejercer actividades profesionales apropiadas. Pueden leer, escribir y hacer operaciones aritméticas, pero por lo general requieren un período de entrenamiento más largo que los demás. Sus habilidades sociales y de comunicación pueden ser excelentes, pero a menudo tienen dificultades para reconocer las señales sociales y controlar sus emociones y comportamiento. Se trata principalmente de personas independientes que, en determinadas situaciones, necesitan apoyo social y asistencia en cuestiones legales, financieras y de crianza. La adaptación al medio suele ser satisfactoria, aunque se requiere apoyo.

Discapacidad intelectual moderada

En este nivel de discapacidad intelectual, las dificultades son aún mayores. Si nos referimos al ámbito educativo, puedes beneficiarte de una formación especializada específica, normalmente dirigida a realizar trabajos tutelados y poco cualificados. Pueden tener autonomía en cuanto al autocuidado y la evacuación. Las habilidades conceptuales de estos sujetos se desarrollan muy lentamente y son muy diferentes a las de su grupo de pares. Por lo general, necesitan ayuda cuando la tarea en cuestión les obliga a abordar conceptos complejos. Su comunicación es menos complicada, pero más eficiente en el ámbito social. Los sujetos son capaces de establecer relaciones con su entorno y formar nuevas conexiones con personas ajenas a su familia. Pueden tener dificultad para seguir las convenciones sociales, pero generalmente se adaptan bien a la vida comunitaria, especialmente si están supervisados. Las personas pueden asumir la responsabilidad de sus propias decisiones y participar en la sociedad, pero hacerlo requiere apoyo y una larga curva de aprendizaje. Una persona con discapacidad intelectual moderada suele tener un coeficiente intelectual entre 35 y 50.

Apoyo como docente:

- Emplear técnicas de modificación de conducta como moldeamiento por aproximaciones sucesivas, encadenamiento o análisis de tareas (se basan en planificar una tarea desde lo más simple hasta lo más complejo; por cada aproximación a la tarea meta, el estudiante recibe un refuerzo), modelado (se aprende en base a la observación e imitación).

- Buscar actividades y entornos en los que el estudiante interactúe socialmente.

- Utilizar un lenguaje correcto y sencillo, frases cortas, enfatizar en la entonación.

Discapacidad intelectual grave o severa

Este nivel de discapacidad intelectual se define con un coeficiente intelectual entre el 20 y 35% lo que significa demanda de tiempo, espacio, supervisión y atención, es muy importante brindar apoyo y confianza ya que así se podrá mejorar su autonomía y autodeterminación ya que es muy escaso en este nivel de discapacidad intelectual.

Su desarrollo lingüístico es muy limitado, pero si logra decir palabras o frases cortas y simples y e igual manera solo logran comprender el habla sencilla y conceptos breves este nivel les afecta también la gramática.

A nivel práctico necesitan ayuda para realizar gran parte de sus actividades cotidianas complejas como bañarse, comer, limpiar, vestirse, ir al baño esta dificultad les impide poder involucrarse en el sistema laboral o en la toma de decisiones responsables.

La discapacidad intelectual grave es una de las discapacidades temida por los padres de familia ya que al no ser una discapacidad intelectual recurrente a diferencia de la leve y moderada pues quizás no se logra encontrar mucha información al respecto de cómo tratar la enfermedad, y como prepararse para aquello.

Existen múltiples causas por la cual se desarrolla esta discapacidad, una de ellas es por las alteraciones cromosómicas un claro ejemplo es el síndrome de Down y trastornos hereditarios.

Otra causa que puede desarrollar esta discapacidad son los problemas en el embarazo como el consumo excesivo del alcohol y drogas, la desnutrición, las infecciones etc. También la preclamsia es un problema de salud peligrosa ya que puede influir en el embarazo y ocasionar algún tipo de discapacidad intelectual.

El objetivo de las estrategias y adaptaciones curriculares es poder construir experiencias significativas y positivas que nos permita lograr cambios a largo plazo y poder promover la independencia a través de actividades que favorezca el desenvolvimiento.

Con relación a los juegos y las discapacidades motoras:

Nunca podemos partir de la discapacidad del niño/a sino de su capacidad, es decir de lo que puede hacer.

Aunque la persona tenga discapacidad física o movilidad reducida, no es conveniente abusar de las adaptaciones. Sólo hay que brindarle los medios y apoyos cuando sea imprescindible y los que sean necesarios. Es conveniente combinar diferentes tipos de juegos, en función de lo mucho o poco que afecte a su realización las características que presenta el menor. Esto se relaciona con el placer del juego, que se incrementa a medida que éste ya no requiere atención para su aprendizaje.

Si el menor va a realizar una actividad, la cual se sabe que controla, no es necesario que se le ofrezca ayuda alguna. Algunas veces puede generarle impaciencia y sentimientos de que entorpece el ritmo. En ocasiones, es posible que sea necesario que algún compañero le ayude, por ello el monitor tiene que saber equiparar los equipos, tiempo, ritmos. Si no es posible adaptar el juego el monitor/a deberá asignar un rol al menor que sea compatible con sus problemas de movilidad.

Consideraciones previas en juegos para personas con discapacidad intelectual

Las personas con discapacidad intelectual manejan la información de manera más lenta que el resto de personas. Causando que sus respuestas lleguen a ser más lentas. El juego es muy beneficiar, ya que pueden moldear el funcionamiento cerebral y causar modificaciones tanto sustanciales como duraderas que facilitan el aprendizaje. Es muy recomendable ya que les estimula y ayuda a relacionarse con los demás, les da beneficios psicológicos y pueden generar aprendizajes nuevos.

Actividades para personas con discapacidad intelectual

- Musicoterapia.
- Encontrar parejas o dibujos diferentes
- Colorear según el dibujo.
- Pintar.
- La natación.

Discapacidad intelectual profunda

Este tipo de discapacidad es uno de los más infrecuentes ya que tiene un coeficiente intelectual de menos del 20%. A nivel conceptual solo llegan a tener habilidades básicas y apenas logran desarrollar algunas de las habilidades viso espaciales.

A nivel sociales solo logran expresar sus deseos a través de gestos y señas, obteniendo así un vínculo social exclusivo solo con familiares y amigos cercanos, este nivel en muchas ocasiones impide la realización de actividades sociales.

Finalmente, a nivel práctico esta discapacidad depende netamente de otra persona, en todos los aspectos de su vida necesita compañía y ayuda.

Síndrome de Down

Para empezar que es el Síndrome de Down, es una afección dada por un cromosoma extra. Por lo general los bebés nacen con 46 cromosomas sin embargo los bebés con Síndrome de Down nacen con una copia extra de dicho cromosoma. Esta copia es la que genera cambios en él bebé tanto en su cuerpo como en su cerebro, generalmente su coeficiente es más bajo incluso llegan a ser más lentos para hablar. Este desequilibrio provoca cambios en el funcionamiento del órgano y sistemas del cuerpo provocando ciertas anomalías. (Shin M, 2022)

Este síndrome es una característica, no una enfermedad por lo cual dicha no tiene cura alguna, no hay tratamientos en las cuales se puede mejorar un cromosoma o eliminarlo, pero sí se puede buscar métodos en el que podamos favorecer su desarrollo, salud y autonomía. En este tipo de síndrome no existen grados, pero algunos muestran capacidades diferentes ya sea en su desarrollo motor cognitivo y comunicativo.

A continuación, veremos algunas de sus características físicas comunes.

- Cara aplanada, especialmente en el puente nasal
- Ojos en forma almendrada rasgados hacia arriba
- Cuello corto

Diseño y adaptaciones curriculares

- Orejas pequeñas
- Lengua que tiende a salirse de la boca
- Manchas blancas diminutas en el iris del ojo
- Manos y pies pequeños
- Un solo pliegue en la palma de la mano
- Dedos meñiques pequeños y a veces encorvados hacia el pulgar.
- Tono muscular débil o ligamentos flojos
- Estatura más baja en la niñez y la adultez

Se conocen 3 tipos de Síndrome de Down

- Trisomía 21: Este es muy común ya que ocupan el 95% de los casos, en este caso todos los cromosomas de su cuerpo tienen 3 copias completas del cromosoma 21 no se separaron de forma adecuada al formarse el ovulo o el espermatozoide en el proceso de meiosis.
- Translocación: Este representa un pequeño porcentaje que es entre el 3 y el 4 % de los casos, este es muy parecido al de trisomía o simple, la diferencia es que este ocurre porque hay un extra cromosoma 21 el cual está ligado o translocado a otro cromosoma distinto de un cromosoma 21.
- Mosaicismo: Este no es tan común ya que ocupan entre el 1 y 2 % de los casos a diferencia de los mencionados anteriormente este tiene menos características de la afección ya que cuenta con algunas células con la cantidad normal de los cromosomas.

Discapacidad física o motora

Esta discapacidad es permanente tanto en el área física como motora esta afecta su postura, movilidad y la coordinación de sus movimientos. Su postura muscular mejora solo con la intervención temprana y sistemática es importante desarrollarlo para obtener un buen desarrollo del lenguaje, motor y de atención al estímulo. (Martinez, 2019)

Física

- Estatura baja
- El 85% tienen microcefalia
- Cabeza pequeña
- Mejillas salientes
- Frente baja e inclinada
- Nariz pequeña y aplastada
- Boca abierta, lengua grande y fisurada
- Su paladar a menudo es ojival
- Ojos oblicuos
- Dientes mal insertados y deformes
- Orejas bajas
- Cuello ancho y corto
- Meñiques cortos y curvados
- Manos pequeñas y anchas
- Pies planos
- Piel seca y cabello fino

Motoras

Un niño con Síndrome de Down presenta dificultades en el ámbito de psicomotricidad ya sea gruesa o fina. Tienen alteraciones en su motricidad fina como la visual, la velocidad, fuerza muscular, equilibrio, son lentos y presentan mala coordinación. Tienen extremidades cortas y tienen dificultad en sus movimientos gravitatorios es decir dificultad para subir escaleras o saltar. (Perpiñán, 2019).

También tienen dificultad en su escritura por lo cual nos vemos obligados a separar el aprendizaje de su lectura y escritura ya que es más probable que su nivel lector puede ser alcanzable mientras que su escritura tarde un poco.

Adaptaciones curriculares de acceso al currículo, metodológicas, evaluativas, objetivos y destrezas para estudiantes con discapacidad física o motora.

Metodológicas

- Para la enseñanza de la mayoría de asignaturas, contemplar la utilización de tablets y computadoras adaptadas para el estudiante.
- El aprendizaje cooperativo es una excelente alternativa metodológica, así como la tutoría entre pares y la mediación de los docentes titular y de apoyo.
- Ir de lo concreto a lo abstracto.

Evaluativas

- Calificar los pasos intermedios de las tareas de distintas asignaturas.
- Diferenciada; privilegiar pruebas objetivas.
- Las instrucciones deben estar segmentadas, ser cortas y claras.

Objetivos y destrezas con criterios de desempeño

- Se modifican según la competencia curricular del estudiante.

Plan de acompañamiento

Es un documento que sintetiza la información recogida del DIAC y la planificación del aula y sirve de gran ayuda al docente de manera clara y precisa a buscar adaptaciones del currículo que debe aplicar en cada caso. Su procedimiento es el siguiente: Primero; Detección e informe por parte del docente. Segundo; Referencia del caso y entrega del informe al DECE o UDAI. Tercero; El docente y el DECE determinan si es necesario realizar adaptaciones curriculares, según la NEE. Y, por último; A partir del DIAC y el Plan de Aula, se realiza el Plan de Acompañamiento.

A continuación, se presentará la plantilla a usarse.

Trastorno de espectro autista.

Los seres humanos desde su nacimiento van manifestando y desarrollando paulatinamente su conducta que demuestra su interés por comunicarse e interactuar socialmente ya sea con su sonrisa social y protoconversaciones con sus padres o familiares. El (TEA) o trastorno del espectro autista, es considerado también como trastorno de evolución, que se presenta en varias manifestaciones clínicas. Según “Lorna Wing” psiquiatra británica (1979) determinó “Trastorno de espectro autista” o conocido como “triada de Wing” al trastorno de reciprocidad social, trastorno de comunicación verbal y no verbal, ausencia de capacidad simbólica y conducta imaginativa. El concepto de espectro autista puede ayudarnos a comprender que, cuando hablamos de autismo y de otros trastornos profundos del desarrollo, empleamos términos comunes para referirnos a personas muy diferentes.

Adaptaciones Curriculares.

La intervención educativa con este tipo de alumnado es aconsejable la existencia de diversos profesionales, entre los que debe existir una gran coordinación, y un interés especial por evitar el aislamiento con respecto a su grupo de referencia. También se tendrá especial interés en informar y colaborar con familiares. (Paula Pérez, 2019)

Utilizar material gráfico como láminas, módulos de trabajo terminados, entre otros que permitan comprender la temporalidad de los eventos, u organizar sus acciones lógicas.

- Elegir libros con ilustraciones, en los cuales se utilice un lenguaje simple.
- Apuntarle en su agenda escolar las actividades que tiene que realizar.
- Elegir qué le sirve al alumno a base de futuros aprendizajes.

Metodológicas

- Estrategia visual (son todos los materiales visuales, láminas, fotografías o dibujos).
Llevarlo a conocer y exponerle en muchos sitios donde pueda experimentar.
- Hacerle exigencia acorde a su nivel de desarrollo.
- Elogio y reconocimiento.
- Estructura de ambiente

Evolutivas

- Asistencia a clases, proporcionando al compañero con (NEE).
- Realización de puestas en común semanal.
- Ayudarle en la organización de trabajos o explicación de conceptos, etc.
- Posibles adaptaciones curriculares, en caso sea necesario bajo (NEE).

Objetivos y destrezas para estudiantes con discapacidades físicas y motoras

- Reducir las conductas que interfieran con el aprendizaje.
- Minimizar el déficit de interacción, comunicación social y síntomas asociados.
- Borrar la autonomía y el funcionamiento para mejorar el aprendizaje académico.
- Proporcionar enseñanzas asistidas para la señalización, manipulación, escritura, etc. Y retirar progresivamente la ayuda.
- Los refuerzos sociales positivos afianzan el aprendizaje y mejoran la confianza en sí mismo.
- Posibilitar un seguimiento periódico del proceso de escolarización, garantizando el carácter revisable y reversible de modalidad.

Discapacidades no susceptibles de inclusión

Síndrome de Rett

El Síndrome de Rett es un trastorno neurodegenerativo no muy común, que ocurre solo en niñas. Se caracteriza por un aparente desarrollo normal al principio. Luego, a partir de los seis, veinticuatro o treinta y seis meses, empieza un deterioro de las funciones motrices, lingüísticas, cognitivas y sociales, y el desarrollo de discapacidad intelectual severa o profunda. (Scott Litin, 2020)

El diagnóstico del síndrome de Rett se lleva a cabo por la observación y la valoración clínica, pues no existen marcadores bioquímicos, ni genéticos que faciliten la determinación del síndrome, y su origen se desconoce; se utilizan los criterios establecidos internacionalmente que incluyen criterios necesarios, complementarios y componentes de exclusión.

Según estudios el 99,9% se debe al cambio genético espontáneo, lo que significa que ocurre al azar. Estas mutaciones aleatorias no suelen ser hereditarias ni transmitirse de generación en generación. Sin embargo, un porcentaje muy pequeño de familias alrededor del 1 %, las mutaciones del Rett se heredan y se transmiten a través de las mujeres portadoras. (Humano, 2001)

Este síndrome fue descrito por primera vez por Andrés Rett en 1966, pediatra de la Universidad de Viena, quien reportó en Alemania 31 niñas que habían desarrollado regresión mental en edades temprana de la vida. En 1978 Ishikawa en Japón, y Hagberg en 1980 en Inglaterra, reportan casos con síntomas similares a los descritos por Rett.

Se indica también que, si bien no hay cura para el síndrome de Rett, se están estudiando tratamientos posibles. El tratamiento actual se centra en mejorar el movimiento y la comunicación, tratar las convulsiones, y brindarles atención médica y apoyo a los niños y adultos con el síndrome de Rett y a sus familiares.

Causas del Síndrome de Rett

La mayoría de los casos del síndrome de Rett se debe a una mutación en el gen MECP2, el cual fabrica una proteína necesaria para el desarrollo del sistema nervioso, especialmente del cerebro. La mutación hace que el gen produzca cantidades insuficientes de esta proteína o que la proteína esté dañada y no pueda ser utilizada por el organismo, produciendo así este síndrome. Ocho mutaciones en el gen MECP2 representan las causas más prevalentes del síndrome de Rett. El desarrollo y la gravedad de los síntomas del síndrome de Rett dependen de la ubicación y del tipo de mutación en el gen MECP2. En las familias que tienen una niña con síndrome de Rett las probabilidades de tener una segunda hija con el síndrome son de menos del 1%.

Los investigadores todavía están intentando comprender exactamente cómo el cerebro usa esta proteína, llamada MECP2, y cómo los problemas vinculados a esta proteína causan los rasgos típicos del síndrome de Rett. Las mutaciones en otros dos genes pueden causar algunas de las variantes atípicas del síndrome de Rett.

El síndrome de Rett congénito (variante Rolando) se asocia con mutaciones en el gen FOXP1, en tanto las mutaciones en el gen CDKL5 se vinculan a la variante de aparición temprana, o Hanefeld. Los varones afectados por este tipo de mutaciones pueden sobrevivir la primera infancia, también ellos pueden tener una duplicación del gen MECP2 normal y sobrevivir, pero los efectos del trastorno son graves. El exceso de la proteína es dañino para el desarrollo como su escasez.

Síntomas del Síndrome de Rett

El embarazo y el parto de las mamás cuyos bebés tienen síndrome de Rett, generalmente, no tienen complicaciones. La mayoría de los bebés con síndrome de Rett crecen y se comportan con normalidad durante los primeros seis meses. Después de ese tiempo, comienzan a aparecer los signos y síntomas. Los cambios más marcados generalmente se observan entre los 12 y 18 meses de edad, durante un período de semanas o meses. Los síntomas y su gravedad pueden variar mucho. (Stephen Brian Sulkes, 2022)

Tratamiento para el Síndrome de Rett

Si bien no existe una cura para el síndrome de Rett, los tratamientos abordan los síntomas y proporcionan apoyo. Pueden mejorar la posibilidad de movimiento, comunicación y participación social. La necesidad de tratamiento y de apoyo no desaparece cuando las niñas crecen; por lo general, esta necesidad se mantiene durante toda la vida. El tratamiento del síndrome de Rett requiere un trabajo en equipo.

- Atención médica regular: Se necesita un control regular de los cambios físicos, como la escoliosis, los trastornos gastrointestinales y los problemas cardíacos.
- Medicamentos: Ayudan a controlar algunos signos y síntomas que forman parte del trastorno. Pueden ayudar a controlar las convulsiones, la rigidez muscular o problemas respiratorios, de sueño, gastrointestinales o cardíacos.
- Fisioterapia: La fisioterapia y el uso de dispositivos ortopédicos o yesos pueden ayudar a los niños que tienen escoliosis o requieren apoyo para las manos o las articulaciones. En algunos casos, la también puede ayudar a mantener el movimiento, lograr una posición correcta para sentarse y mejorar las habilidades para caminar, el equilibrio y la flexibilidad.
- Terapia ocupacional: Puede mejorar el uso intencionado de las manos para ciertas actividades, como vestirse y comer. Si movimientos repetitivos de brazos y manos representan un problema, las férulas que restringen el movimiento de las muñecas o de los codos pueden ser de utilidad.
- Logopedia: La logopedia puede mejorar la vida de la niña mediante la enseñanza de formas de comunicación no verbal y la ayuda en la interacción social.
- Apoyo nutricional: La nutrición adecuada es sumamente importante para un crecimiento saludable y para mejorar las capacidades mentales, físicas y sociales. Es posible que se recomiende una alimentación con un alto contenido calórico y bien equilibrada. También son importantes las estrategias de alimentación para evitar el atragantamiento o los vómitos. Es posible que algunas niñas deban alimentarse a través de una sonda que se coloca directamente en el estómago (gastrostomía).

□ Intervenciones de comportamiento: La práctica y el desarrollo de buenos hábitos de sueño pueden resultar útiles para tratar las alteraciones del sueño. Las terapias pueden ayudar a mejorar los comportamientos problemáticos.

□ Servicios de apoyo: Los programas de intervención temprana y los servicios académicos, sociales y de capacitación laboral pueden contribuir a la integración en la escuela, el trabajo y las actividades sociales. Las adaptaciones especiales pueden posibilitar la participación.

Multidiscapacidad o multiretos

Las personas con multidiscapacidad son aquellas que presentan dos o más discapacidades de manera simultánea, ya sean estas dificultades físicas, sensoriales, emocionales, mentales o de carácter social. Las características más relevantes son su percepción distorsionada del entorno y una limitación importante en la comunicación y desarrollo del lenguaje.

La presencia de varias discapacidades en un solo individuo, hace que el mismo necesite de apoyos generalizados en las áreas de habilidades adaptativas, así como también en las áreas del desarrollo, lo que hace que se enfrente a un gran número de barreras sociales, que en muchos casos representan un obstáculo en su desenvolvimiento pleno y afectivo.

Las discapacidades múltiples, se llaman así por la presencia combinada de varias discapacidades, no solo a nivel intelectual, auditivo, visual y motor, sino también otras condiciones como: la parálisis cerebral, epilepsia, escoliosis, autismo, hidrocefalia, y problemas conductuales.

Características generales de una persona con discapacidad múltiple

- En el desarrollo psicomotor presentan retrasos generalizados y graves.
- Pueden tener una capacidad cognitiva menor al promedio.
- Se les dificulta comunicarse de manera verbal y no verbal.
- La mayoría presenta alteraciones a nivel sensorial: visuales, táctiles y auditivos.
- Pueden mostrar conductas severas: agresiones, autolesiones y estereotipias.

Las características de estas personas hacen que la atención, apoyo y supervisión, se les brinde durante toda la vida, por lo que requieren de una familia dedicada, comprensiva, responsable, que los acompañen siempre y tomen las medidas necesarias, acudiendo a especialistas (neurólogos, psicólogos, entre otros) que los orienten y realicen un acompañamiento que asegure un abordaje idóneo.

Tipos de discapacidades que pueden presentar los niños multiretos

- Intelectual:** Alteración en el desarrollo del funcionamiento intelectual como en las conductas adaptativas y que se evidencia antes de los 18 años de edad.
- Auditivo:** La discapacidad auditiva es un déficit total o parcial en la percepción que se evalúa por el grado de pérdida de la audición en cada oído.
- Visual:** Condición que afecta directamente la percepción de imágenes en forma total o parcial. La vista es un sentido global que nos permite identificar a distancia y a un mismo tiempo objetos ya conocidos o que se nos presentan por primera vez.
- Motor:** La deficiencia motriz que padece alguna función en el aparato locomotor. Los principales problemas que puede generar la discapacidad motriz son: movimientos incontrolados, dificultades de coordinación, alcance limitado, fuerza reducida, habla no inteligible, dificultad con la motricidad fina y gruesa.

Necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad.

Según el Ministerio de Educación de Ecuador, los estudiantes con NEE tienen más dificultad que otros compañeros para lograr un objetivo particular en el proceso de aprendizaje y necesitan recursos humanos, técnicos, materiales o tecnológicos para compensar estas dificultades.

El término 'necesidades educativas especiales' se refiere a las dificultades de aprendizaje de un niño en comparación con otros de la misma edad, que pueden ser temporales o permanentes.

Discapacidad intelectual.

Se caracteriza por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y el comportamiento adaptativo, manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales, sociales y prácticas

Este tipo de discapacidad tiene grados: leve, moderada, severa o profunda.

Discapacidad intelectual leve

- Incentivar la participación, evitar la sobreprotección y ayudar solo si es necesario.
- Nivel adecuado de exigencia, según las características del estudiante; nunca estigmatizarlo.
- Facilitar experiencias que desarrollen la autodeterminación y el poder de decisión.
- Posiblemente sea necesario revisar los contenidos con el estudiante, después de clases.

Adaptaciones curriculares que se pueden aplicar:

- De acceso al currículo.
- Metodológicas.
- Evaluativas.
- Objetivos y destrezas con criterios de desempeño.

Discapacidad intelectual moderada.

- Buscar actividades y entornos en los que el estudiante interactúe socialmente.
- Utilizar un lenguaje correcto y sencillo, frases cortas, enfatizar en la entonación.

Adaptaciones curriculares que se pueden aplicar:

- De acceso al currículo.
- Metodológicas
- Evaluativas.

Discapacidad intelectual severa y profunda.

Los estudiantes con este tipo de discapacidad requieren Educación Especializada en la que reciban todas las terapias que necesite, asimismo, es necesario un Programa Educativo Individual para cada estudiante, cuyo objetivo principal sea lograr autonomía y funcionalidad.

Discapacidad física/motora.

Este tipo de discapacidad consiste en una alteración temporal o permanente del área motora. Afecta el tono postural, la movilidad y la coordinación de los movimientos.

Es importante contar con alguien que se encargue de la movilización del estudiante si no le es posible desplazarse por sí mismo.

Retirar los obstáculos de los espacios por los que el estudiante transita.

Adaptaciones curriculares que se pueden aplicar:

- De acceso al currículo.
- Metodológicas.
- Evaluativas.

Discapacidad auditiva.

Se considera discapacidad auditiva cuando existe pérdida auditiva parcial (hipoacusia) o total (sordera). Esto produce un déficit en la adquisición del lenguaje oral, por lo que el individuo presenta dificultades en los procesos de integración en la vida escolar, social y laboral.

Apoyos.

En caso de lectura labial, hablar sin sobre articular, hablar con frases sencillas y gramaticalmente correctas, explicar siempre de frente al estudiante, a su misma altura y utilizando todos los recursos gestuales posibles.

Adaptaciones curriculares para estudiantes con hipoacusia que se pueden aplicar.

- De acceso al currículo.
- Metodológicas.
- Evaluativas.
- Objetivos y destrezas con criterios de desempeño.

Adaptaciones curriculares para estudiantes con sordera que se pueden aplicar.

- De acceso al currículo.
- Metodológicas.
- Evaluativas.

Discapacidad visual.

La discapacidad visual es producida por una anomalía en el ojo que provoca la pérdida parcial o total de la vista, delimitando el desenvolvimiento social, escolar y laboral del individuo.

- Las puertas deberán estar abiertas o cerradas para que el estudiante con discapacidad visual las detecte con facilidad y, así, evitar accidentes.
- El docente debe estar pendiente de la correcta utilización del bastón, el cual debe colocarse de forma diagonal, delante del cuerpo.
- Es necesario informar a los estudiantes y docentes sobre la discapacidad visual.
- Es importante comprometer a los padres de familia en el proceso educativo.

Adaptaciones curriculares que se pueden aplicar.

- De acceso al currículo.
- Evaluativas.

Autismo.

Es un trastorno que se manifiesta, según el grado de influencia, con dificultad para establecer relaciones adecuadas con los demás, falta de reciprocidad social y afectiva, adherencia rígida a hábitos y conductas motrices repetitivas.

Las personas con este trastorno no tienen lenguaje y, si lo tienen, es muy estereotípico, muy simple y casi siempre gira en torno a palabras sueltas y repetitivas. Como regla general, su comunicación con las personas es cero.

- Participar en diferentes entornos educativos y sociales.
- Se recomienda un docente de apoyo que medie el proceso educativo y facilite la interacción con los otros.

Adaptaciones curriculares que se pueden aplicar.

- De acceso al currículo.
- Metodológicas.
- Evaluativas.
- Objetivos y destrezas con criterios de desempeño.

La diversificación y las adaptaciones curriculares en la educación inicial.

Grandes cambios en la educación a nivel mundial han permitido reducir la discriminación y exclusión de estudiantes con problemas de aprendizaje o ciertas discapacidades, y Ecuador ha introducido leyes, reglamentos y adoptado estrategias como ajustes curriculares. Los instrumentos básicos se encuentran en la educación inclusiva, es por ello que el propósito de este estudio es analizar los ajustes curriculares y su aplicabilidad a la educación inclusiva en el estado de Santa Ana en el año 2020, el estudio se realizó utilizando métodos descriptivos y cuantitativos.

La diversidad curricular es una medida notable, que incluye una adaptación global del currículo enseñado. El propósito de todo esto es permitir que los estudiantes que toman estos cursos logren sus objetivos generales. Pero hay un aspecto que conviene destacar, porque no suele ser a primera vista, y afecta a lo que llamamos la integralidad de la habilidad: el alumno debe demostrar con lo que sabe, que sabe aplicarlo,

Pero también sepa que él sabe cómo comportarse. De esta forma, podemos ver cómo la competencia integra diferentes contenidos (conceptos, procedimientos y actitudes) en el aula, ejemplo de la formación del alumno en su conjunto. En definitiva, reconocemos que la institución

El proceso de planificación curricular en la escuela inclusiva.

La planificación de lecciones es el proceso de planificación de todas las actividades de enseñanza y aprendizaje en una escuela. Es importante que el desarrollo curricular se haga de manera inclusiva, es decir, se deben considerar individualmente las capacidades, necesidades, niveles básicos o problemas de aprendizaje de cada alumno, como la dislexia o la discalculia

A través de una innovación curricular efectiva, cada centro educativo ajusta su currículo de acuerdo con el currículo nacional, estableciendo ajustes curriculares adaptados a las necesidades locales reales. Es una importante herramienta de adecuación del currículo para innovar y orientar las diversas actividades curriculares y extracurriculares del Centro Educativo. A través de una innovación curricular efectiva, cada centro educativo ajusta su currículo de acuerdo con el currículo nacional, estableciendo ajustes curriculares adaptados a las necesidades locales reales. Es una importante herramienta de adecuación del currículo para innovar y orientar las diversas actividades curriculares y extracurriculares del Centro Educativo.

En la planificación realizada por el grupo de aprendizaje de un centro de formación específico en acuerdo con la dirección, que define un conjunto de estrategias organizativas, metodológicas y de evaluación. En una escuela inclusiva, esto significa ampliar y profundizar las oportunidades de educación, participación y socialización de acuerdo a sus capacidades y las de la región. Incluye la planificación del tiempo:

El proceso de planificación curricular a nivel de aula.

Análisis de necesidades: Antes de comenzar a planificar, es esencial evaluar las necesidades y características de los estudiantes. Se recopila información sobre sus conocimientos previos, intereses y estilos de aprendizaje para adaptar la enseñanza a sus requerimientos individuales.

Establecimiento de objetivos: En esta fase, se definen los objetivos educativos que se pretenden alcanzar. Estos objetivos deben ser claros, medibles y realistas, permitiendo orientar las actividades de enseñanza y evaluación.

Selección de contenidos: Seleccionar los contenidos que se enseñarán es una tarea crucial. Aquí, los docentes deben evaluar el currículo y decidir qué temas y habilidades son fundamentales para el desarrollo de los estudiantes.

Adaptaciones de los elementos del Curriculum.

Las adaptaciones curriculares son modificaciones en los materiales y cambios que realiza el profesor en el aula adaptando a las necesidades específicas de ciertos alumnos el material, de forma que puedan trabajar con sus necesidades especiales. (GEU, 2022); por lo que se deberá realizar una adecuada adaptación de acuerdo a las N.E.E que el infante presente, para que así el estudiante alcance sus objetivos personales y los objetivos establecidos para el grupo de alumnos.

Adaptación de capacidades y actitudes del DCN.

Cuando la Institución educativa cuenta con el proyecto curricular de centro (PCC) el proceso de adaptación curricular será más sencillo, ya que se ha desarrollado el primer nivel de concreción del currículo.

En caso de ausencia de esta herramienta, es necesario que los docentes revisen los componentes del área que se desean trabajar en los estudiantes como los logros de aprendizaje y sus capacidades, condición y actitudes que sean idóneo de ser adaptadas y contextualizadas teniendo en cuenta la discapacidad o talento del estudiante para así realizar una planificación curricular anual.

Tengamos en cuenta que el conjunto de capacidades que propone el DCN en cada una de las áreas incluye contenidos conceptuales o procedimientos, indistintamente. Para el proceso de análisis y adaptación curricular es necesario tener en cuenta que: según la necesidad educativa del estudiante, se procederá al análisis de determinadas áreas del DCN.

Para el caso de niños con talento o superdotación, se puede elevar, compactar y/o profundizar el nivel de la capacidad. En el caso de niños con discapacidad intelectual se disminuye, y para las discapacidades sensoriales, se puede mantener o disminuir, dependiendo del caso.

Se debe analizar las capacidades o actitudes y revisar el nivel en el que están planteadas. Para realizar este análisis se debe tener en cuenta lo siguiente:

Una capacidad está compuesta por:

- Una habilidad.
- Un contenido conceptual.
- Una situación o condición.
- Una actitud o valor (Educación Inclusiva, 2007)

Es muy importante seguir los siguientes pasos para adaptar las capacidades.

1. Leer la capacidad.
2. Comprender la capacidad.
3. Analizar la capacidad.
4. Priorizar las capacidades a trabajar.
5. Completarla.
6. Adaptar la capacidad.

Existen alternativas las cuales son:

- Adaptación de nivel de la habilidad.

Diseño y adaptaciones curriculares

- Adaptación del contenido.
- Adaptación de la condición.
- Adaptación de la actitud.
- Cuando se desdoblar y/o fusión de la capacidad.
- Cuando se adapta todos los elementos.

En este documento presentamos la taxonomía del dominio cognitivo la cual nos servirá para adaptar el nivel de habilidad de las capacidades del DCN. Ubicada la habilidad planteada el DCN, podremos subir o bajar el nivel de la capacidad según sea el caso.

Las razones por las cuales hemos adoptado la taxonomía de Bloom en el proceso de adaptación curricular son:

- Contribuye a identificar claramente el nivel de pensamiento en el que se encuentra una determinada habilidad, y propone un conjunto de habilidades que corresponden a cada nivel de pensamiento.
- Aporta en la selección adecuada de estrategias metodológicas, materiales y contenidos para llevar a cabo el proceso de aprendizaje y enseñanza.
- Facilita la elaboración de indicadores precisos para el proceso de evaluación del aprendizaje.
- Propicia que los estudiantes accedan a diferentes oportunidades para organizar sus propios esfuerzos hacia el logro de las competencias previstas para ellos. Casos que se presentan al adaptar las capacidades y actitudes del DCN

Afasia

La afasia se ha descrito como la disminución de la función del lenguaje secundaria a una enfermedad cerebral adquirida antes de la adquisición de las habilidades lingüísticas principales. En esta revisión se analizan los abordajes en el tema de las afasias desde una orientación neurocientífica. Se analizaron artículos y libros de texto para obtener información sobre las concepciones científicas de la afasia. Los puntos de vista sobre la afasia nos llegan a partir de la segunda mitad del siglo XIX sin cambios importantes. Sin embargo, aun cuando este enfoque sobre la afasia ha sido aceptado por neurólogos y neuropsicólogos, hoy en día se puede encontrar una gran cantidad de evidencia que apoya una nueva perspectiva sobre este síndrome. La nueva evidencia enriquece el marco conceptual y práctico sobre la afasia, y ofrece un panorama científico más complejo.

Definición de afasia

(Erislandy Omar Martínez, Ene./Junio 2015) nos dice que La afasia se define como una alteración de la capacidad de uso del lenguaje, que se presenta como secuela de un daño cerebral sufrido luego del desarrollo de las habilidades lingüísticas básicas. En esta revisión se analizan las perspectivas científicas que han tratado el problema de la afasia. Fueron revisados artículos y textos científicos en función de obtener información sobre los diferentes enfoques de estudio de la afasia. Ello permite concluir que la definición de afasia no ha sufrido modificaciones esenciales a lo largo de los últimos 150 años. Esta ha sido considerada, interpretada y redefinida a partir de diferentes corrientes de pensamiento, que se han reflejado en mayor o menor medida, en su abordaje clínico y científico.

Factores contextuales de la afasia

La causa más frecuente de afasia es el daño cerebral que resulta de un accidente cerebrovascular, es decir, el bloqueo o la ruptura de un vaso sanguíneo en el cerebro. La falta de suministro de sangre al cerebro produce la muerte de las células cerebrales o daño en las regiones que controlan el lenguaje.

Efectos

La afasia puede generar numerosos problemas en la calidad de vida porque la comunicación es una parte importante de la vida. La dificultad en la comunicación puede afectar los siguientes aspectos de tu vida:

- El trabajo
- Las relaciones
- El funcionamiento diario

La dificultad para expresar deseos y necesidades puede provocar vergüenza, frustración, aislamiento y depresión. Al mismo tiempo, pueden aparecer otros problemas como más dificultad para desplazarse y problemas con la memoria y el razonamiento.

Afasia de Broca

(David Trejo-Martínez, 2007) nos dice que El Área de Broca corresponde a los dos tercios posteriores del giro frontal inferior izquierdo (parte triangular y opercular), anteriores al área 6 de Brodmann, es decir, la región comprendida entre las ramas horizontal y ascendente del surco lateral y una pequeña porción posterior a esta última.

Afasia de Wernicke

Lugar de la lesión: Zona posterior y superior del lóbulo temporal. Se caracteriza por un habla fluida, llegando a emplear una cantidad excesivas de palabras carentes de sentido (logorrea).

Afasia anómica

Lugar de la lesión: Porción del lóbulo temporal, parietal inferior. Es la afasia más leve y frecuente.

Expresión: Su habla es fluida. La dificultad de este tipo de afasia es similar al “tener algo en la punta de la lengua”, pero con mayor frecuencia. Como consecuencia, el paciente utiliza continuos circunloquios en busca de lo que quiere decir, utilizando palabras poco específicas (cosa, eso, etc.)

Afasia de conducción

Lugar de la lesión: Fascículo arqueado, parietal anterior e inferior profunda.

Su articulación es más fluida que en la afasia de Broca, pero menos que en la afasia de Wernicke. De igual manera, realizan muchas pausas, intentando encontrar las palabras adecuadas, mostrando así problemas para producir lenguaje.

Afasia transcortical sensorial

Lugar de la lesión: Zona de intersección de los lóbulos temporal, parietal y occipital.

Expresión: Su habla es fluida, aunque frecuentemente carente de significado relevante. De igual manera, pueden aparecer ecolalias. Evolucionan positivamente, sin embargo, persisten las anomias y los circunloquios

Investigación médica sobre la afasia

El proveedor de atención médica probablemente te hará un examen físico y neurológico, evaluará tu resistencia, sensibilidad y reflejos, y te escuchará el corazón y los vasos sanguíneos del cuello. Una prueba por imágenes, como las imágenes por resonancia magnética o una tomografía computarizada, se puede usar para identificar rápidamente las causas de la afasia.

Un patólogo del habla y del lenguaje puede llevar a cabo una evaluación integral del lenguaje para confirmar la presencia de la afasia y determinar el curso adecuado del tratamiento. La evaluación ayuda a determinar si la persona puede hacer lo siguiente:

- Nombrar objetos comunes
- Participar en una conversación
- Comprender y usar las palabras correctamente
- Responder preguntas acerca de algo que haya leído o escuchado
- Repetir palabras y frases
- Seguir instrucciones

- Responder preguntas de tipo "sí" o "no" y responder preguntas abiertas acerca de temas comunes
- Leer y escribir

Causas de la afasia

La causa más frecuente de afasia es el daño cerebral que resulta de un accidente cerebrovascular, es decir, el bloqueo o la ruptura de un vaso sanguíneo en el cerebro. La falta de suministro de sangre al cerebro produce la muerte de las células cerebrales o daño en las regiones que controlan el lenguaje. El daño cerebral producido por una lesión grave en la cabeza, un tumor, una infección o un proceso degenerativo también produce afasia. En estos casos, la afasia generalmente ocurre con otros tipos de problemas cognitivos, como problemas de memoria o confusión.

"Afasia progresiva primaria" es el término que se utiliza para la dificultad del lenguaje que se desarrolla progresivamente. Esto se debe a la degeneración gradual de las neuronas cerebrales ubicadas en las redes del lenguaje. En ocasiones, este tipo de afasia avanza a una demencia más generalizada.

En ocasiones, pueden ocurrir episodios temporales de afasia. Estos episodios pueden deberse a migrañas, convulsiones o a un accidente isquémico transitorio. Un accidente isquémico transitorio ocurre cuando se bloquea temporalmente el flujo de sangre hacia una región del cerebro. Las personas que han tenido un accidente isquémico transitorio están expuestas a un mayor riesgo de tener un accidente cerebrovascular en un futuro cercano.

Tratamiento de la afasia

Se está estudiando la estimulación cerebral para tratar la afasia. Este tratamiento podría mejorar la capacidad para nombrar cosas. Sin embargo, todavía no se llevó a cabo ninguna investigación a largo plazo. Uno de los tratamientos se denomina estimulación magnética transcraneal y el otro, estimulación transcraneal de corriente continua.

El objetivo de estos tratamientos es estimular las neuronas cerebrales dañadas. Ninguno es invasivo. En uno se usan campos magnéticos y en el otro se emite una corriente de baja intensidad a través de electrodos que se colocan en la cabeza.

Entrevista a un medico

- ¿Cuál es la causa más probable de estas dificultades con el habla?
- ¿Se necesita alguna prueba?
- ¿La afasia es temporal o crónica?
- ¿Qué tratamientos hay disponibles para la afasia y cuál recomienda?
- ¿Hay algún servicio disponible, como la logopedia o la asistencia para la salud en el hogar?
- ¿Hay formas de ayudar a mi ser querido a entender a los demás o a comunicarse de manera más eficaz?

Evaluación de los trastornos afásicos

Se ha comprobado que estas lesiones tienen consecuencias personales y sociales de gran trascendencia en las personas que las sufren, ya que el lenguaje es la característica más distintiva de los seres humanos. Por este motivo es importante desarrollar programas de intervención logopedia que permitan recuperar las capacidades lingüísticas o perdidas de estos pacientes. Para ello, se debe realizar una evaluación de forma eficiente para conocer las necesidades comunicativas que presenta cada paciente y, asimismo, elaborar programas de intervención que se ajuste a las características propias del paciente.

Dentro de cada investigación podemos encontrar varios test para evaluar a los pacientes afáticos de habla española, la adaptación del test de Boston (Goodglass y Kaplan, 1972) es el más conocido. Otros son el test de Barcelona (Peña-Casanova, 1991b), el test para el examen de afasia

Existen distintas pruebas para la evaluación de las Afasias, hay pruebas estandarizadas y pruebas no estandarizadas, a continuación, se hará una explicación sobre estas desde el punto de vista de distintos autores. Teniendo en cuenta a (Hughes, González y Hornauer, 2021), los aspectos que se debe evaluar en los pacientes son:

Lenguaje expresivo:

- Evaluar mediante una conversación o descripción de algo.
- Lenguaje automático: se logra decir al paciente que cuente los números del 1 al 10 o que diga los días de la semana.
- Lenguaje repetido: logra la repetición de varias palabra o frases.
- Lenguaje denominativo: se da mediante la dominación de objetos o acciones

Lenguaje comprensivo

- Reconocimiento: se presenta o se proyecta imágenes y debe señalar la que uno le diga.
- Ordenes: se da mediante la realización de órdenes.

Lectura

- Pareo viso-verbal se le enseña una serie de objetos e imágenes o se le da tarjetas con palabras escritas y logra emparejar las palabras.
- Compresión de ordenes: El paciente tiene que leer y seguir las ordenes y ejecutarlas.

Escritura:

- Nombre: Se pide que escriba su nombre
- Escritura automática: Escribir los números del 1 al 10
- Copia: escribir Palabras y frases que se le proporciona
- Discurso escrito: Escribir lo que vea en una imagen

Otro aspecto que hay que evaluar en las personas con Afasia son las funciones ejecutivas, tal y como se dice en los estudios de (Lopera, 2008), defendió las funciones ejecutivas como función directiva, gerencial, y rectora del cerebro.

Según Lopera los componentes en dichas funciones son: la iniciativa, volición y creatividad, capacidad de planificación y organización, fluidez y flexibilidad para la ejecución efectiva de los planes de acción, procesos de atención selectiva, concentración y memoria operativa, y procesos de monitoreo y control inhibitorio. Todas estas funciones dependen de la parte anterior de los lóbulos frontales específicamente de la corteza prefrontal.

El proceso diagnóstico

El proveedor de atención médica probablemente te hará un examen físico y neurológico, evaluará tu resistencia, sensibilidad y reflejos, y te escuchará el corazón y los vasos sanguíneos del cuello. Una prueba por imágenes, como las imágenes por resonancia magnética o una tomografía computarizada, se puede usar para identificar rápidamente las causas de la afasia.

Un patólogo del habla y del lenguaje puede llevar a cabo una evaluación integral del lenguaje para confirmar la presencia de la afasia y determinar el curso adecuado del tratamiento. La evaluación ayuda a determinar si la persona puede hacer lo siguiente:

- Nombrar objetos comunes
- Participar en una conversación
- Comprender y usar las palabras correctamente
- Responder preguntas acerca de algo que haya leído o escuchado
- Repetir palabras y frases
- Seguir instrucciones

- Responder preguntas de tipo "sí" o "no" y responder preguntas abiertas acerca de temas comunes
- Leer y escribir

La Evaluación del lenguaje

El estudio neuropsicológico sitúa las alteraciones del lenguaje en el contexto de las alteraciones cognitivas y conductuales del paciente recordemos que en la afasia se evalúan los aspectos implicados en la comprensión y en la expresión del lenguaje, en los niveles fonológico, morfosintáctico, léxico y de discurso.

Ello nos permitirá observar la incidencia de las alteraciones lingüísticas, cognitivas o conductuales en la comunicación real. Se analiza el contenido informativo, el uso del vocabulario, la coherencia pregunta-respuesta, la adecuación al contexto, las pausas, los errores, las repeticiones, el uso del lenguaje para verbal en emisión y en recepción, el respeto a los turnos de intervención, etc.

En concreto, la correcta evaluación es el punto de partida para crear un programa de tratamiento adecuado para la persona. Es muy importante también la información que obtenemos de la observación durante el proceso de evaluación y la interacción con la persona que valoramos.

Instrumentos

- Test de la afasia de Boston
- Test de vocabulario de Boston
- Índice de porch de las habilidades comunicativas.
- Batería de Western para afasia, Baw

Trastornos de déficit de atención e hiperactividad

(Rusca-Jordán & Cortez-Vergara, 2020) nos dicen que el trastorno de déficit de atención e hiperactividad más conocido como TDAH es una alteración del neurodesarrollo cuyos síntomas principales observables son:

- La inatención
- La hiperactividad
- La impulsividad

Está asociada a un modelo heterogeneidad fisiopatológica el cual afecta las funciones ejecutivas, implicando significativas dificultades para responder a determinados estímulos, planificar y organizar acciones, reflexionar sobre posibles consecuencias e inhibir una respuesta automática inicial a fin de sustituirla por una más apropiada.

(Mayo Clinic, 2021) este trastorno afecta a millones de niños y a menudo continua en la edad adulta. Los niños que padecen de TDAH pueden tener dificultades con su autoestima, las relaciones problemáticas y su rendimiento escolar.

Las características principales del TDAH incluyen la falta de atención y el comportamiento hiperactivo-impulsivo estos síntomas se presentan antes de los 12 años y en algunos niños se notan a partir de los 3 años de edad y estos pueden llegar a clasificarse en tres niveles: leve, moderado y grave.

Existen tres subtipos de TDAH:

- Falta de atención predominante: la mayoría de los síntomas corresponden a la falta de atención.
- Conducta hiperactiva/impulsiva predominante: la mayoría de los síntomas son la hiperactividad e impulsividad.

□ Combinado: esta es una mezcla de síntomas de falta de atención y síntomas de (Anónimo, Centro para el control y la detención de enfermedades, 2022) decidir si un niño tiene trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un proceso de varios pasos, es decir, que no existe un solo examen para diagnosticar el TDAH ya que existen otros trastornos que pueden presentar síntomas similares.

La causa exacta del TDAH no está clara, ya que las investigaciones de estas siguen en pie, algunos de los factores que pueden estar involucrados en el desarrollo del TDAH incluyen la genética, el medio ambiente o problemas con el sistema nervioso central en los momentos claves del desarrollo del infante, aunque popularmente se sospecha que el consumo de azúcar causa hiperactividad, no hay pruebas confiables que lo confirmen. Muchos problemas en la niñez pueden llevar a que se presente dificultad para mantener la atención, pero eso no es lo mismo que padecer de trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Tratamiento para el TDAH

Los tratamientos estándar para el TDAH en los niños incluyen medicamentos, terapia conductual, asesoramiento y servicios educativos. Estos tratamientos pueden aliviar muchos de los síntomas del TDAH, pero no lo curan. Puede llevar un tiempo determinar qué funciona mejor para tu hijo.

- *Medicamentos Estimulantes*

Actualmente, los medicamentos estimulantes (psicoestimulantes) son los más comúnmente recetados para tratar el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Los estimulantes parecen elevar y equilibrar los niveles de las sustancias químicas del cerebro llamadas "neurotransmisores". Estos medicamentos ayudan a mejorar los signos y síntomas de falta de atención e hiperactividad, a veces de manera eficaz en un período de tiempo breve.

- *Terapia para el comportamiento del TDAH*

Los niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad a menudo logran beneficios con la psicoterapia conductista, la capacitación en habilidades sociales, la capacitación en habilidades parentales y el asesoramiento, que pueden ser proporcionadas por un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social u otro profesional de la salud mental. Algunos niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad también pueden tener otras afecciones como un trastorno de ansiedad o depresión. En estos casos, el asesoramiento puede ser de ayuda tanto para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad como para el problema coexistente.

Algunos ejemplos de terapias incluyen:

- Psicoterapia conductista. Los maestros y los padres pueden aprender estrategias de cambio de conductas, tales como sistemas de recompensas simbólicas y técnicas de "tiempo fuera" o tiempo de reflexión, para lidiar con situaciones difíciles.
- Capacitación en habilidades sociales. Mediante este tipo de capacitación, los niños pueden aprender comportamientos sociales apropiados.
- Capacitación en habilidades parentales. Mediante este tipo de capacitación, los padres pueden desarrollar maneras de entender y guiar la conducta de sus hijos.
- Psicoterapia. Esta terapia permite que los niños mayores con trastorno por déficit de atención/hiperactividad hablen sobre los temas que les molestan, exploren patrones de conducta negativos y adquieran maneras de lidiar con sus síntomas.
- Terapia familiar. La terapia familiar puede ayudar a los padres y hermanos a enfrentar el estrés de vivir con alguien que tiene trastorno por déficit de atención/hiperactividad.

Los mejores resultados ocurren cuando se utiliza un enfoque de trabajo en equipo, con maestros, padres, terapeutas y médicos trabajando juntos. Infórmate sobre el trastorno por déficit de atención/hiperactividad y los servicios disponibles. Trabaja junto con los maestros de tu hijo y recomiéndales fuentes de información confiables para apoyar sus esfuerzos en el salón de clases.

Causas de la ansiedad

Se desconoce con exactitud que factor o acción provoca la ansiedad, aunque también los genes pueden contribuir a esta, es decir, si en la familia existen registros de ansiedad los niños son más propensos a tenerla.

Los eventos en la vida del niño que le pueden causar estrés y ansiedad incluyen:

- Una pérdida, como la muerte de un ser querido o el divorcio de los padres
- Cambios importantes en la vida, como mudarse a una nueva ciudad
- Antecedentes de abuso
- Vivir en una familia cuyos miembros son temerosos, ansiosos o violentos

El TAG es un trastorno común que afecta a cerca del 2% al 6% de los niños. Generalmente, no ocurre hasta la pubertad. Es más común en niñas que en niños.

Tratamiento para la ansiedad

(Jerry, 2022) nos dice que es mejor realizar una terapia cognitivo - conductual que recetar a los niños con medicamentos contra la ansiedad.

La terapia cognitivo-conductual se basa en la idea de que la manera en que pensamos y actuamos afecta la manera en que nos sentimos. Al cambiar un pensamiento que está distorsionado, y un comportamiento que es disfuncional, podemos cambiar nuestras emociones. Con los niños más pequeños, puede ser más efectivo enfocarse primero en la parte conductual de la CBT.

Para comprender cómo funciona la TCC es útil comprender primero cómo funciona la ansiedad. La ansiedad grave que no es tratada tiende a empeorar con el tiempo, no a mejorar, porque el niño aprende que la evitación le funciona para reducir la ansiedad, al menos a corto plazo. Sin embargo, a medida que el niño (y de hecho toda la familia) se esfuerza por evitar esos desencadenar, sus miedos solo se fortalecen más. El objetivo de la TCC es básicamente desaprender la conducta de evitación.

Una de las técnicas más importantes de la TCC para niños con ansiedad se conoce como terapia de exposición y prevención de respuesta (ERP, por sus siglas en inglés). La idea básica es que los niños son expuestos a las cosas que desencadenan su ansiedad en pasos estructurados, y que van en aumento, en un ambiente seguro. A medida que se acostumbran a cada uno de los factores desencadenantes, la ansiedad desaparece, y entonces están listos para enfrentarse a otros factores cada vez más poderosos.

- La terapia de exposición es muy diferente a la terapia tradicional, en la cual el paciente y el terapeuta podrían explorar la raíz de la ansiedad, con la esperanza de cambiar el comportamiento. En la terapia de exposición tratamos de cambiar el comportamiento para eliminar el miedo.
- La terapia de exposición es efectiva en muchos tipos diferentes de ansiedad, incluyendo la ansiedad por separación, las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo (OCD, por sus siglas en inglés) y la ansiedad social.

Trastornos de la depresión

(Clínica de la Universidad de Navarra, s.f) la depresión infantil es una enfermedad psiquiátrica bastante frecuente y seria en niños y adolescentes. Se trata de una enfermedad clasificada dentro de los llamados trastornos del humor, y está descrita desde hace siglos en distintas culturas.

Aproximadamente un 5%, o uno de cada 20 niños y adolescentes, tendrá un episodio depresivo antes de cumplir los 19 años. La realidad es que menos de la mitad de estos niños reciben un tratamiento adecuado. Los estudios muestran que los padres suelen subestimar seriamente la intensidad de la depresión de sus hijos. Investigaciones recientes muestran que los niños y adolescentes padecen depresión con síntomas a veces parecidos a los de los adultos, y también con otros síntomas específicos y diferentes según la edad.

Hay varios tipos de trastornos del humor que pueden afectarles, como la depresión mayor, la distimia (un estado de depresión ligera, pero de larga duración), y la llamada enfermedad maniaco-depresiva (o bipolar).

Síntomas de la depresión

- Irritabilidad elevada, ira u hostilidad extrema.
- Tristeza frecuente o episodios de llanto.
- Sentimientos de desesperanza.
- Disminución de su interés en actividades, o dificultad para divertirse en actividades que previamente eran sus favoritas.
- Aburrimiento persistente.
- Falta de energía o cansancio.
- Aislamiento social o falta de comunicación.
- Autoestima baja o sensación de culpa o responsabilidad por cosas malas que puedan pasar.

Tratamiento para la depresión

- La depresión se puede tratar de dos maneras con medicación y con psicoterapia al niño y la familia.

Tratamiento con medicación

- Los antidepresivos que han demostrado en estudios científicos ser eficaces en niños y adolescentes con depresión son los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS). Estos medicamentos no son drogas, no crean dependencia ni adicción, ni cambian la personalidad del niño.
- Es importante hablar con el médico si no se ve efecto beneficioso en unas 3 a 6 semanas, o si aparecen efectos secundarios.

Tratamiento con psicoterapia al niño y a la familia

- Es importante un apoyo con psicoterapia al niño y a la familia, ya que muchas veces los padres se culpan erróneamente de los problemas o dificultades del niño. También el niño se ha acostumbrado a percibir las cosas negativamente. Estas ideas negativas deben ir cambiando con el tratamiento a una visión más realista.

Trastornos de aprendizaje

Dislexia

(Silva, 2011) La dislexia es un trastorno del aprendizaje de la lectoescritura, de carácter persistente y específico, que se da en niños que no presentan ningún hándicap físico, psíquico ni sociocultural y cuyo origen parece derivar de una alteración del neurodesarrollo.

Los disléxicos son niños y niñas inteligentes que sólo presentan dificultades en tareas relacionadas con la lectura y la escritura. No se consideran disléxicos los niños que tienen un retraso intelectual o madurativo, niños con alguna discapacidad psíquica o física o niños no escolarizados o que estén en situaciones ambientales desfavorables.

(Eden, 2022) Las personas con dislexia suelen tener problemas para leer con fluidez. Leen despacio y con errores. Eso puede afectar la comprensión de lo que leen. Sin embargo, no tienen dificultad para entender el texto cuando otras personas se los leen.

Señales y síntomas de la dislexia

La dislexia afecta a las personas de diferentes maneras, por ello los síntomas pueden variar. Una señal clave de la dislexia es la dificultad para decodificar las palabras, es decir dificultad para conectar las palabras con los sonidos que producen. Los niños también pueden tener dificultad con una habilidad más básica llamada conciencia fonémica: La capacidad para reconocer los sonidos de las palabras. Los problemas con la conciencia fonémica pueden aparecer a partir del preescolar.

- Las personas con dislexia podrían sentirse ansiosas o frustradas al leer. Es posible que eviten leer, tanto en voz alta como en silencio. Esto puede ocurrir incluso una vez que dominan lo básico para leer.
- La dislexia no solo afecta el aprendizaje, también puede afectar habilidades y actividades cotidianas como la socialización, la memoria y el manejo del estrés.

Posibles causas de la dislexia

Los investigadores aún no han identificado con exactitud las causas de la dislexia, pero saben que los genes y el cerebro juegan un papel. Estas son algunas de las posibles causas:

□ Genes y herencia: A menudo hay más de un miembro de la familia que tiene dislexia. Cerca del 40% de los hermanos de personas con dislexia también tienen dificultad para leer. El 49% de los padres de niños con dislexia también la presentan. Los científicos han encontrado genes relacionados con las dificultades para leer y el procesamiento del lenguaje.

□ Anatomía y actividad cerebral: Los estudios de imágenes del cerebro indican diferencias entre las personas con y sin dislexia. Estas diferencias ocurren en áreas involucradas con habilidades importantes para leer, como saber cómo se representan los sonidos en las palabras y reconocer cómo lucen las palabras escritas.

¿Cómo se diagnostica la dislexia?

Existen diferentes tipos de profesionales que pueden evaluar si una persona tiene dislexia, incluyendo a los psicólogos escolares, psicólogos clínicos y neuropsicólogos. Un evaluador realizará una serie de pruebas para la dislexia, así como también pruebas en otras áreas para determinar con exactitud cuáles son las fortalezas y los retos del individuo.

Descalcaría – Discalculia

(Anonimo, Esemtia , 2022) Es una condición neurológica que dificulta la comprensión de las matemáticas y las tareas relacionadas con esta materia. El niño que sufre discalculia es aquel que confunde los números y los signos y no consigue realizar los cálculos mentales ni trabajar con abstracciones. A menudo estos niños encuentran muchas dificultades durante su etapa escolar ya que la asignatura de matemáticas es una de las más importantes.

Síntomas de la discalculia.

Cuando hablamos de síntomas de la discalculia hacemos referencia a las habilidades que requieren una buena coordinación temporal y espacial. Esto está muy ligado a la adquisición y el manejo de operaciones matemáticas. Son varios los síntomas de la discalculia reconocibles:

- Dificultad para reconocer el significado de los números.
- Dificultad para agrupar objetos en cantidades.
- Dificultad para reconocer grupos y compararlos usando conceptos relacionados con el tamaño.
- Dificultad para aprender a contar, emparejar números con cantidades. etc.
- Dificultad para resolver problemas matemáticos sencillos, que implican sumas, restas, multiplicaciones y divisiones.
- Dificultad para realizar operaciones matemáticas.
- Dificultad para recordar las tablas de multiplicar, las unidades de medida, etc.
- Dificultad para realizar series numéricas.
- Incapacidad o dificultad para escribir de forma correcta los números.

Posibles causas de la discalculia

Los investigadores no conocen con exactitud la causa de la discalculia. Creen que en parte se debe a diferencias en la estructura y el funcionamiento del cerebro.

Estas son dos posibles causas:

- Genes y herencia: La discalculia se presenta en miembros de la misma familia. La investigación muestra que los genes podrían jugar un papel en las dificultades con las matemáticas.
- Desarrollo cerebral: Los estudios de imágenes cerebrales han mostrado algunas diferencias entre las personas con y sin discalculia. Las diferencias tienen que ver con la estructura y el funcionamiento de áreas que están relacionadas con las habilidades del aprendizaje.

Cómo se diagnostica la discalculia

La única manera de obtener un diagnóstico es a través de una evaluación. Esto puede ocurrir a cualquier edad. Los evaluadores utilizan diferentes pruebas en los adultos que en los niños. Los evaluadores utilizan un grupo de pruebas específicas para la discalculia, pero podrían incluir pruebas para otras dificultades. Esto en parte se debe a que las personas con discalculia suelen tener problemas en otras áreas, como en lectura o con la memoria funcional. Las evaluaciones no solo descubren cuáles son los desafíos, sino también cuáles son las fortalezas.

Disgrafía

(Anónimo, Neural , 2018) La disgrafía es un trastorno relacionado con la dificultad a la hora de escribir. Es necesario que durante la infancia se interiorice bien esta destreza, para que no afecte a su capacidad de comunicación, de organización y progresión académica.

La disgrafía es una condición por el que una persona (normalmente un niño o una niña) presenta serias dificultades para escribir bien. Puede ser debido a cuestiones de ortografía, caligrafía o ambos tipos de problemas a la vez. Se trata de un grupo de trastornos que afectan a la expresión escrita, que a su vez se engloba en la categoría de trastornos específicos del aprendizaje.

¿Cuáles son los síntomas de la disgrafía?

Existen diferentes componentes de la escritura que pueden verse afectados, por lo que sus síntomas también lo son. Además, la edad es un factor importante para estos. Un niño/a podría tener disgrafía si sus habilidades para escribir se retrasan comparado con el resto de la clase y, además, presenta alguno de los siguientes síntomas:

- Caligrafía con escasa consistencia y extraña, por lo que es difícil de leer.
- Problemas con las reglas ortográficas, sobre todo a la hora de acentuar.
- Gestión deficiente del espacio entre palabras, frases o líneas.
- Puntuación errónea.
- Errores gramaticales.
- Sustitución y confusión entre diferentes letras.
- Unión extraña de palabras.
- Dificultades para coger correctamente el lápiz o bolígrafo.

Posibles causas de la disgrafía

(SL, 2022) Estas son las principales causas de este trastorno:

- Genéticas. En ocasiones, si uno de los progenitores sufrió este problema, el niño puede heredarlo.
- Neurológicas. A veces, la causa es una deficiencia neuronal.
- Psicomotrices. Algunos pequeños no coordinan bien los movimientos del brazo o la mano y esto les conduce a escribir mal.
- Ambidiestros. Los niños zurdos a los que se les obliga a escribir con la mano derecha tienen posibilidades de acabar padeciéndola.

¿Cómo detectar la disgrafía desde el aula?

(SM, 2021) El diagnóstico en el aula consiste en precisar el grado de alteraciones y puntualizar el tipo y frecuencia del error gráfico.

Para este procedimiento se necesitará corregir diariamente las producciones del niño, destacando las fallas para reeducar con la ejercitación adecuada. De forma individual, se realizarán diversas pruebas:

□ Dictados. De letras, sílabas o palabras. Se dicta un fragmento de dificultad acorde con el nivel escolar del niño. Lo más sencillo consiste en extraerlo del libro que habitualmente usa el niño, correspondiente al grado que cursa.

□ Prueba de escritura espontánea. Destinada a niños que ya escriben. La consigna es: “escribe lo que te guste” o “lo que quieras”. Del texto se marcan los errores cometidos, siguiendo la clasificación de errores frecuentes señalada en la etiología de esta patología.

□ Copia. De un trozo en letra de imprenta y de otro en cursiva, reproducir el texto tal cual está, y luego otros dos textos: uno en imprenta para pasar a la cursiva, y otro en cursiva para pasar a la imprenta. Aquí observamos si el niño es capaz de copiar sin cometer errores y omisiones, o bien si puede transformar la letra. Si el niño no logra copiar frases, se le pide que copie palabras, sílabas o letras.

Disortografía

(Armero, 2019) La Disortografía es un trastorno de la capacidad de escritura que se manifiesta en los niños como una dificultad para transcribir las palabras de forma correcta y seguir las normas ortográficas. Por lo tanto, presentan dificultades tanto para asociar los sonidos y las grafías, como para integrar dicha normativa. Este trastorno suele afectar a niños que también sufren otros retrasos o trastornos del lenguaje oral o escrito.

Síntomas de la Disortografía

Dependiendo del nivel de afectación, se presentan unos síntomas u otros, aunque los más habituales son:

- Las faltas de ortografía.
- La confusión en el uso y correspondencia de los artículos.
- La omisión de los acentos.
- La confusión de letras, escribir palabras unidas o el error en la relación entre las palabras pronunciadas y su transcripción escrita.
- La dificultad para deletrear.

¿Cuáles son las causas de la Disortografía?

Existen una serie de aspectos que pueden identificarse como posibles causas de esta patología, como causas intelectuales, las dificultades intelectuales pueden retrasar la adquisición de la norma ortográfica básica.

- Causas lingüísticas: pueden presentarse dificultades para para adquirir el lenguaje y el conocimiento del vocabulario.
- Causas pedagógicas: los métodos de enseñanza pueden presentar dificultades dependiendo del tipo del tipo de estilo cognitivo que tenga el paciente.
- Causas perceptivas: relacionadas con el procedimiento visual y auditivo.

Tratamiento para los Trastornos de aprendizaje.

(Anónimo, Heatly child , 2018) A menudo, los problemas de aprendizaje pueden tratarse con mucho éxito, a pesar de que no se pueden curar. El objetivo de la terapia es permitir que los jóvenes vivan con sus limitaciones de la manera más productiva posible. Generalmente, el tratamiento consta de cuatro pasos:

- Terapias psicosociales y conductuales: enseña a los niños a maximizar sus fortalezas y compensar por sus debilidades.
- Otras intervenciones: Enseñanza de lenguaje especializada, impartida por un maestro o terapeuta con entrenamiento especial; se utiliza para enseñar a leer, escribir y deletrear a los adolescentes disléxicos. Existen programas similares para niños con disgrafía y discalculia.
- Terapia de medicamentos: utiliza medicamentos para mejorar los problemas de concentración y otras afecciones tales como la depresión.

Educación especial: un entorno escolar que se ajusta a las necesidades únicas de cada niño con problemas de aprendizaje. Hasta el momento en que se determine que un adolescente ya no necesita servicios especiales, una vez al año la escuela y los padres trabajan conjuntamente para formular un plan educativo individualizado apropiado, o IEP, por sus siglas en inglés, para el siguiente año académico.

Intervención de los profesionales de la salud

Identificar a los niños que necesitan intervención temprana o servicios de educación especial

(Anonimo, Latam Global School , 2022) Aunque existen varios tipos de necesidades con diferentes características, esto te podría ayudar a detectar síntomas para que puedan acudir con un especialista más temprano que tarde:

- Sus emociones son exageradas y repetitivas, por ejemplo, enojos muy fuertes.
- No es independiente en comparación a otros niños de su edad, es decir, demanda mucha más atención de los padres.
- No sabe cómo comportarse en actividades con otros niños y en la mayoría de los casos se cohibe a participar.
- Es impulsivo y no es capaz de prestar atención por cortos periodos de tiempo.

En la mayoría de los casos, son los maestros los que detectan este tipo de comportamiento en los niños y son quienes lo comunican de manera respetuosa y asertiva a sus padres para buscar ayuda profesional.



CAPITULO

III

Capítulo III

Antecedentes Y Estado Actual De Los Aspectos Científicos Y Teóricos Del Síndrome Del Espectro Autista

Un trastorno de desarrollo infantil es aquel en el que el niño es incapaz de adquirir pautas madurativas, las adquiere parcialmente o en una cronología que no es la esperable, conforme la media poblacional y los diferentes desvíos estándar en que se incluye la mayoría de la población para la edad, sexo, raza y cultura que se evalúa.

Esta imposibilidad total, parcial o lenificación de conquistas termina estableciendo una brecha entre su crecimiento físico y sus logros biológicos, comportamentales, cognitivos, sociales. Esa brecha se hará visible no solo por la falta de pautas madurativas, sino también por la valoración social que tales pautas adquieren. Los trastornos del neurodesarrollo tienen su origen en un desarrollo no neurotípico – atípico del sistema nervioso central con alteraciones en su ritmo madurativo. Tienen pues su origen en la primera infancia o durante el proceso de desarrollo intrauterino, y por lo general es posible detectar los primeros síntomas de manera temprana. (Sciotto, E. A., 2021)

El trastorno del espectro del autismo

El espectro autista, también conocido como Trastorno del Espectro Autista (TEA), se refiere a un conjunto de condiciones neurológicas del desarrollo que afectan la comunicación social, la interacción social y el comportamiento de las personas. Se caracteriza por la presencia de dificultades en áreas como la comunicación verbal y no verbal, la comprensión de señales sociales, la empatía y el establecimiento de relaciones sociales. Además, las personas que tienen TEA suelen presentar patrones de comportamiento repetitivos o restringidos. (Kanner) se refiere al autismo como la incapacidad de establecer vínculos sociales. Tras sus estudios en el entorno familiar y social de varios niños, concluyo que “el autismo es un desorden de carácter personal”. Construye un cuadro psicológico del Autismo Infantil Precoz, en el que hay tres rasgos autistas: la soledad, la mismidad y la forma de hablar a través de neologismo.

Niveles o grados del Autismo (TEA)

El síndrome del espectro autista puede manifestarse en diferentes grados o niveles de afectación. Los niveles de gravedad del autismo se utilizan para describir el grado en que una persona puede necesitar apoyos o servicios en su vida diaria. A continuación, se describen los tres niveles del espectro autista según (DSM-5).

Nivel 1: Autismo leve.

□ En este nivel las personas requieren de una ayuda moderada para desenvolverse adecuadamente en situaciones sociales, interpretar señales no verbales y adquirir habilidades y conocimientos que no estén directamente relacionados con sus intereses inmediatos.

□ Esta asistencia puede ser proporcionada por familiares, compañeros y docentes que tengan cierto grado de familiaridad y sensibilidad frente al autismo.

Nivel 2: Autismo moderado.

□ Pueden mostrar patrones más pronunciados de comportamiento repetitivo y restringido.

□ Necesitan un apoyo substancial para llevar a cabo tareas diarias y enfrentar cambios en su entorno.

□ Es probable que requieran ayuda adicional en áreas sociales, comunicativas y funcionales para tener éxito en su vida diaria.

Nivel 3: Autismo severo.

□ Requiere de una asistencia muy significativa.

□ Su grado de autismo le dificulta llevar a cabo actividades cotidianas, como asistir a la escuela, cuidar de su higiene personal y valerse por sí mismo.

Adaptaciones curriculares para atender a niños con espectro autista.

Las adaptaciones curriculares para niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) son ajustes y modificaciones que se realizan en el plan de estudios y en la forma de enseñanza para satisfacer las necesidades individuales de estos estudiantes. Estas adaptaciones son fundamentales para promover una educación inclusiva y adecuada que permita a los niños con TEA alcanzar su máximo potencial.

Espacios.

□ Se requiere ampliar la cantidad de ambientes o situaciones de enseñanza en las cuales los alumnos con autismo puedan aprender y desarrollar diversas habilidades. Esta adaptación persigue dos metas fundamentales: fortalecer los aprendizajes prácticos y contextualizados, al mismo tiempo que se promueve la interacción social.

□ Además, se propone colocar señalizaciones sencillas en el aula y en el centro educativo para facilitar la ubicación de los espacios y ayudar a los alumnos con dificultades en su orientación, lo que contribuye a mejorar su movilidad y autonomía.

Materiales.

Se propone adaptar la disposición de los materiales en el aula para que se ajusten a las necesidades de los alumnos con autismo. Es fundamental mantener siempre los mismos objetos en el mismo orden, ya que las personas con TEA suelen tener dificultades para adaptarse a cambios en sus rutinas.

Mientras que en las adaptaciones curriculares en función de cada tipo de autismo son muy variables, dado casos en donde no se observa ningún déficit o el coeficiente intelectual puede llegar a ser superior a la media, como el síndrome de Asperger. Por lo tanto, la adaptación curricular de los contenidos o criterios de evaluación no debe aplicarse de manera general para todos los niños con TEA que estén integrados en un aula regular, sino que es necesario estudiar cada caso de forma individual. En base a cómo hayan respondido a las adaptaciones en los espacios, materiales y organización, el equipo docente debe determinar si se requiere o no una adaptación curricular y en qué nivel o grado es necesario implementarla.

Diseño y adaptaciones curriculares

Estas adaptaciones se llevan a cabo en áreas como la agrupación de alumnos, los métodos y técnicas de enseñanza-aprendizaje, y las actividades programadas. Pueden incluir acciones como:

- Colocar al alumno con autismo en grupos donde se adapte mejor con sus compañeros.
- Organizar el temario teniendo en cuenta los objetivos pedagógicos, estrategias metodológicas, actividades a realizar y acciones de apoyo establecidas, entre otros factores.

Consisten en ajustes individuales de ciertos aspectos del currículo o de diversas habilidades para alinearlos con las capacidades y necesidades específicas del niño con autismo.

- Dar prioridad a los objetivos y contenidos relacionados con la comunicación, tanto verbal como no verbal.
- Resaltar las competencias o temas relacionados con el entorno físico y social, así como las habilidades socioemocionales.
- Incluir objetivos y contenidos orientados al aprendizaje de un sistema alternativo de comunicación.

Se debe especificar si está asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocido. Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento. En los trastornos del espectro de autismo el déficit intelectual y el deterioro del lenguaje son una constante, por lo que también deben ser especificadas estas circunstancias acompañantes. (Arrebillaga, M. E., 2010)

Fue ideado por Bleuler en 1911, refiriéndolo originariamente a un trastorno básico de la esquizofrenia, que consistía en la limitación de las relaciones con las personas y con el mundo casi de manera extrema. De ahí las palabras Autismo y autista, que provienen del término griego autos que significa “sí mismo”.

En 1943, Leo Kanner publicó un artículo con el título “Autistic disturbances of affective contact”, “Trastorno autista del contacto afectivo” (Kanner, 1943) donde describió los signos patognomónicos (aquellos signos o síntomas que, si están presentes, aseguran que una persona se encuentra afectada por alguna condición, trastorno o enfermedad) de una alteración psiquiátrica que hasta el momento no había sido diferenciada de entre otras. Su lúcida y detallada descripción enumeraba las características comunes presentes en once niños: incapacidad para relacionarse normalmente con las personas y las situaciones, alteración en el lenguaje y la comunicación y la insistencia en la invariancia en el ambiente. (Iglesia Gutiérrez, M. D. L. & Olivar Parra, J. , 2013)

Un año después, Hans Asperger publicó un artículo con el título “Die Autistischen Psychopathen im Kindesalter”, “La psicopatía autista en la niñez” (Asperger, 1944) donde, al igual que Kanner, describió las características comunes presentes en la conducta de cuatro niños: comienzan a manifestarse alrededor del tercer año de vida, desarrollo lingüístico adecuado (gramática y sintaxis), deficiencias en el uso pragmático de la comunicación, torpeza en la coordinación motriz, trastorno en la interacción social, trastorno de la comunicación no verbal, comportamientos e intereses obsesivos y repetitivos, y desarrollo de estrategias cognitivas sofisticadas y pensamientos originales.

Ambos eligieron el término autismo, incorporado a la literatura psiquiátrica por Bleuler (1911 – 1992) quien lo utilizó para describir uno de los síntomas característicos presente en las personas con esquizofrenia: la retirada de la realidad hacia el mundo simbólico interior. Tanto Kanner como Asperger mencionaron que, si bien utilizaban ese término por ser el disponible en la literatura psiquiátrica de la época, no lo consideraban del todo adecuado para describir las características que ellos identificaron (Frith, 1991). Si bien ambos trabajos se abocaron a describir las características presentes en niños, los mismos presentan algunas diferencias. El trabajo de Kanner se abocó más a los aspectos descriptivos y semiológicos de la alteración. Por otro lado, el trabajo de Asperger se orientó, desde un principio, hacia la intervención.

A partir de la década del sesenta, diversos autores como Rimland (1964), comenzaron a aportar afirmaciones importantes que sugerían que los padres no tenían por qué ser la causa del trastorno y que quizás, podría existir alguna otra etiología para los síntomas autistas. Desde entonces varios investigadores empezaron a estudiar a padres de niños autistas y a compararlos con otros grupos control (padres de niños difásicos, padres de niños normales, entre otros.). Las siguientes conclusiones con relación a los grupos de padres de niños autistas, se obtuvieron de esta serie de estudios:

- No muestran más signos de enfermedad mental o emocional que los padres cuyos hijos sufren trastornos orgánicos, con o sin psicosis.
- No poseen rasgos de personalidad extremos tales como frialdad, obsesión, ansiedad social.
- No poseen déficits específicos en cuanto al cuidado infantil. (Mc. Adoo y De Myer, 1978).

Rutter (1979) estudió el proceso de esta patología después del primer trabajo de Kanner (1943) y concluyó que, aunque había aún muchas cuestiones por resolver, los investigadores deberían adoptar algunos criterios para evitar ambigüedades, proponiendo los siguientes ítems:

- Aparición antes de los 30 meses de edad.
- Desarrollo social deteriorado, particularmente evidente en la pobreza discriminatoria de la mirada en la relación cara a cara, falta de juego en relación con otros niños, y en la incapacidad de percibir los sentimientos y respuestas de las demás personas.
- Lenguaje retardado y alterado, con dificultades de comprensión y pobreza de gesticulación y mímica.
- Insistencia en la invariancia, como se muestra por medio de patrones de juego estereotipado o resistencia al cambio.

Posteriormente se continuaron realizando diversos estudios sin conseguir un acuerdo definitivo respecto de este trastorno, hasta que en el año 1994 el “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” DSM – IV lo incluye como un trastorno del desarrollo definiéndolo de la siguiente manera: “Un desarrollo marcadamente anormal o deficiente de la interacción y comunicación sociales y un repertorio sumamente restringido de actividades e intereses” (F84.0).

La hipótesis del lóbulo temporal medio

El análisis neuropatológico llevado a cabo por Bauman y Kemper (1985) en la autopsia de 8 sujetos autistas, demostró la existencia de pequeñas células densamente agrupadas en el lóbulo temporal medio y en algunas estructuras límbicas (córtex entorrinal, hipocampo, septum medio y la amígdala), aunque gran parte del neocórtex parecía normal. A partir de estos datos se puede inferir que hay un retraso neuroevolutivo que conduce a un deterioro de estos circuitos durante el desarrollo, con los consiguientes síntomas que, sin ser idénticos, se asemejan a los originados por auténticas lesiones cerebrales. Así mismo el autismo se asocia con epilepsia del lóbulo temporal medio o esclerosis tuberosa (Bachevalier, 1994).

No obstante, en la actualidad hay pocos datos cuantitativos que apunten hacia estas anomalías del lóbulo temporal (Bailey y cols. 1996). Si embargo, en un reciente estudio en el que se empleó la técnica de tomografía por emisión de fotones aislados (SPET) con 31 niños y adolescentes con autismo y otros síndromes autistiformes, se observaron notables reducciones del flujo sanguíneo cerebral en los lóbulos temporales, con independencia de que los sujetos tuvieran o no, epilepsia (Gillberg y cols., 1993). Asimismo, había reducciones menores y más generalizadas del flujo sanguíneo cerebral en las regiones parietal y temporal, en correspondencia con datos anteriores (Lelord y cols., 1991).

La hipótesis del cerebelo

Esta teoría surge a partir de observaciones neuropatológicas y neuroradiológicas. En un inicio William y cols. (1980) descubrieron una pérdida selectiva de células de purkinje en el cerebelo en un único paciente autista. Este hallazgo, junto con reducciones asociadas en células granulosas del cerebelo, se ha confirmado posteriormente en ambos hemisferios del cerebelo y en el vermis (Bauman y Kemper, 1994) La mayoría de los datos de neuroimagen también ha confirmado la existencia de hipoplasia del cerebelo (Courchesne y cols. 1995) Hashimoto y cols. (1995) han realizado un extenso estudio con la técnica de MRI, llevado a cabo con muestras de 102 pacientes autistas y 122 controles de edades comprendidas entre los 3 meses y los 20 años. (Martínez, M., 2015)

Sus resultados obtuvieron pruebas de un volumen reducido no sólo del cerebelo, sino también de otras estructuras de la fosa posterior del tronco encefálico, de la médula oblongada, del pons y del cerebro medio. Las diferencias de tamaño en dichas estructuras, entre el grupo de autistas con el grupo control, fueron desapareciendo con la edad, lo que indica que se trataba de un simple retraso evolutivo. Por otro lado, las diferencias iniciales de tamaño entre los dos grupos se mantuvieron en las siguientes estructuras:

- El mesencéfalo (cerebro medio)
- La médula oblongada
- Los lóbulos I-VIII del vermis

La hipótesis frontoestriada

El posible papel del córtex frontal y de los ganglios basales en el autismo, fue propuesto por primera vez a partir de pruebas neurológicas, como las distonías, discinesias, trastornos de la marcha, asimetrías faciales y otros signos psicomotores. Damasio y Maurer, (1978), pensaban que el córtex “mesolímbico”, es decir el córtex mesofroncon las anomalías en los sistemas y en la neuroquímica del cerebro. (James Russell, 1999).

En la actualidad se continúa investigando desde todas las áreas, sin encontrar aún un acuerdo definitorio. Una de las publicaciones más recientes realizadas por el neurólogo Ignacio Sfaello (2004) referidas a una serie de investigaciones realizadas en Francia, han arrojado interesantes resultados. Se ha encontrado una anomalía en el funcionamiento cerebral de las personas autistas que puede ser detectado mediante Resonancia Magnética; así, se demostró que personas autistas no activan el área del cerebro específica ante el estímulo de la voz humana.

Síntomas Del Autismo En Los Dos Primeros Años De Vida

Las tres diferencias (disfunciones) fundamentales a las que nos hemos referido antes y que están en el centro de los TEA. Se trata de disfunciones en:

- Comunicación
- Interacción social
- Gama o intensidad de intereses

En ocasiones, observamos diversas sensibilidades sensoriales y posiblemente movimientos físicos poco comunes, junto con comportamientos que reflejan ansiedad subyacente. Durante momentos de juego libre con otros niños, como en los recreos escolares, los niños con Trastorno del Espectro Autista (TEA) tienden a evitar el contacto social. Por ejemplo, pueden buscar lugares apartados en el patio de recreo o preferir ir a la biblioteca. En casa, raramente solicitan la compañía de otros niños para jugar, aunque puedan sentirse cómodos con uno o dos durante un corto período. Sin embargo, incluso cuando aceptan la presencia del otro niño, es más probable que participen en actividades separadas en lugar de un juego mutuo. Tampoco suelen ser invitados por otros niños, ya que a menudo son percibidos como diferentes, lo que puede generar incomodidad en los demás.

Pruebas y diagnóstico de los trastornos del espectro autista

Diagnosticar los trastornos del espectro autista (TEA) puede ser difícil porque no existe una prueba médica, como un análisis de sangre, para diagnosticarlos. Para dar un diagnóstico, los médicos evalúan el desarrollo del niño y su conducta.

A veces, un TEA se puede detectar a los 18 meses de edad o antes. Hacia los 2 años, el diagnóstico que haga un profesional con experiencia se puede considerar confiable. Sin embargo, muchos niños no reciben un diagnóstico definitivo hasta que tienen más edad. Algunas personas no reciben un diagnóstico hasta que son adolescentes o adultas. Este retraso significa que hay personas con TEA que podrían no recibir la ayuda temprana que necesitan.

Diagnosticar un TEA tan pronto como sea posible es importante para asegurarse de que los niños reciban los servicios y el apoyo que necesitan para alcanzar su potencial máximo. Hay varios pasos en este proceso. Monitoreo del desarrollo: El monitoreo del desarrollo es el proceso activo y continuo de observar el crecimiento de un niño y de fomentar las conversaciones entre los padres y los proveedores acerca de las destrezas y capacidades del niño. El monitoreo del desarrollo implica observar la manera en que el niño crece y si está alcanzando los indicadores del desarrollo típicos, o las destrezas que la mayoría de los niños alcanzan a cierta edad, al jugar, aprender, hablar, comportarse y moverse.

Pruebas del desarrollo

Las pruebas del desarrollo son más formales que el monitoreo del desarrollo. Son parte habitual de algunas visitas médicas de rutina de los niños, incluso si no hay una preocupación conocida. La Academia Estadounidense de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) recomienda hacerles pruebas del desarrollo y de conducta a todos los niños durante los chequeos médicos de rutina a estas edades:

- 9 meses
- 18 meses
- 30 meses

Además, la AAP recomienda que a todos los niños se les hagan pruebas específicamente para detectar TEA durante las visitas médicas de rutina a estas edades:

- 18 meses
- 24 meses

Estrategias Metodológicas Para Trabajar Con Los Niños Con Autismo

Estructura del ambiente

La estructura física de un lugar es la forma como están distribuidos los espacios, muebles y materiales. Lo que el niño o niña ve en un lugar le informa o sugiere la actividad que se va a realizar, así como los materiales que puede utilizar y los que no. Un ambiente organizado y ordenado permite que el niño o la niña permanezca en la actividad y se motive por aprender.

Los niños con autismo, al igual que todos, necesitan de espacios recreativos; a la mayoría no les gustan los lugares muy encerrados. Tampoco es conveniente que pasen siempre en el mismo lugar porque luego será difícil que acepten estar en lugares variados. Se deben buscar algunos espacios al aire libre, que le permitan desplazarse libremente, sin el riesgo de que se pierdan.

Estrategias visuales

Todos los materiales visuales, ya sean dibujos, láminas, fotografías o símbolos, son elementos de gran ayuda para los niños con autismo, tanto para el aprendizaje, el desarrollo de la comunicación, como para aumentar su comprensión y regular su comportamiento.

Su gran utilidad se explica porque los niños con autismo tienen una gran capacidad de almacenar imágenes en su cerebro. Muchas de las estrategias que aparecen a continuación están basadas en la utilización de elementos visuales.

Agenda de actividades

Los padres y maestros coinciden en lo efectivo que resulta anunciarle al niño o a la niña mediante dibujos o mediante objetos, la secuencia de actividades que se van a realizar en el día. Esto les permite ajustarse a lo que va a suceder, en lugar de dedicarse a otras actividades que quieren hacer a cada momento. Gradualmente la agenda visual les permite estar bien dispuestos a realizar las actividades programadas.

Anticipación:

Debido a su particular forma de procesar la información, los niños con autismo evocan en su mente las imágenes de lo que conocen o ha ocurrido antes. Lo que es nuevo o diferente de lo habitual les genera ansiedad y malestar. Por tanto, anticipar es fundamental para que la novedad o los cambios no los sorprendan. Consiste en dibujarle o mostrarle una foto mientras se le explica la

Situación que va a suceder, Esta estrategia es siempre útil y tiene muchas aplicaciones. Sirve para anticipar cambios de actividades, para avisar que algo no ocurrirá como el niño o niña esperaba, para darle información sobre un sitio nuevo que se visitará, o para aclararle el comportamiento que se espera que tenga.

Llevarlo a conocer y exponerlo a muchos sitios

Esto es muy importante ya que ayuda a que el niño no se comporte de manera inadecuado al momento de salir y llegar a un lugar nuevo, para ayudar al niño a superar estas situaciones debemos emplear estrategias como las siguientes.

- Anticiparle con una agenda visual, el lugar que van a visitar y las actividades que realizarán.
- No frecuentar siempre los mismos lugares, ir a diferentes parques, supermercados, cambiar de rutas, visitar diferentes familiares. Esto le permite al niño adaptarse con más facilidad a los cambios de entornos.
- Cuando van a realizar una visita, o ir a un lugar donde les tocará esperar, es útil llevar algunos juguetes del agrado del niño o de la niña.

Hacerle exigencias acordes a su nivel de desarrollo

Al ver al niño o a la niña con autismo interesado en muy pocas cosas, puede ocurrir que no se le enseñe lo mismo que a los demás. Es necesario tener presente lo que a su edad se debe aprender en las diferentes áreas del desarrollo: motricidad gruesa (movimientos de piernas y brazos) y fina (movimientos de precisión con las manos), comunicación, socialización, independencia personal, cognitiva. Si al principio, el niño o niña con autismo no aprende al mismo ritmo de sus compañeros, no se debe desistir. Se deben emplear diferentes apoyos e insistirle de buena manera. Entre estos apoyos están:

- Mostrar lo que otro niño o niña hace. El modelo es el mejor apoyo para que un niño o una niña con autismo aprenda, porque ya se sabe que su estilo de aprendizaje es visual.
- Insistirle verbalmente sin mostrarle lo que se espera de él, no es igual de efectivo; incluso el exceso de información verbal los molesta.
- Acompañamiento de sus compañeros. Esta estrategia se conoce como “pares tutores” y consiste en buscar compañeros que le ayuden al niño o a la niña a realizar la actividad

Dar instrucciones en forma apropiada

Es frecuente que los niños con autismo no sigan las instrucciones que reciben y continúen en su actividad como si no oyeran, porque no comprenden las palabras que les dicen. Es fundamental para su desarrollo, que aprendan el significado de las instrucciones que se les dan y que las cumplan como los demás compañeros. Inicialmente se les enseña a reconocer instrucciones simples como “siéntate”, “párate”, “guarda”, “mira acá”, “coge”, “dame”, etc.

Trabajo en equipo

Es necesario que la jardinera, el cuidador y los padres se pongan de acuerdo en las pautas para manejar su comportamiento inadecuado, favorecer su socialización, fomentar su comunicación y, en general, todo lo que se le debe enseñar.

De esta manera, todos realizarán un trabajo conjunto; de lo contrario, se sentirán solos en el proceso, y estarán poco motivados a persistir en las metas y estrategias.

Habilidades para el uso de aparatos.

Es muy frecuente que los niños con autismo aprendan fácilmente a utilizar el equipo de sonido, juegos de video de computador. Esto puede servirles para entretenerse y luego compartir estas actividades con otros niños o niñas. Los que tengan posibilidad de usar un computador en su casa o comunidad, pueden aprender juegos, se les pueden mostrar imágenes de muchos temas, se les puede enseñar a dibujar y más adelante a practicar lectura y escritura.

Evitar, en medida de lo posible, estímulos sonoros

Es posible que tengan hipersensibilidad sensorial y asocien determinados estímulos sonoros como signos estresantes, por lo que cabe la posibilidad de que, en presencia de ciertos sonidos como los 'listening' en Inglés o las canciones en asignaturas como Música, se tapen los oídos. Sería recomendable evitar al máximo este tipo de estímulos que pueden ser molestos para ellos.

El docente debe adaptarse al alumno y no al revés

Con los niños con TEA, el clásico método de enseñanza basado en el ensayo-error no funciona. El docente debe tomar los intereses y las curiosidades del propio alumno como punto de partida para su educación. Es recomendable que el docente se limite a proporcionarle todos los materiales y recursos que necesite para la realización de las tareas, y luego ir retirándoselos poco a poco, nunca bruscamente. Siempre hay que tener en cuenta, como indica el primer consejo, que su adaptabilidad a los cambios es baja.

Las necesidades educativas psicomotrices y emocionales.

Las necesidades educativas de los niños abarcan varios aspectos, incluyendo lo psicomotriz y lo emocional.

Necesidades educativas psicomotrices:

Las necesidades educativas psicomotrices se refieren al desarrollo de habilidades motoras y cognitivas en los niños. Estas habilidades son fundamentales para su crecimiento y aprendizaje. Algunos aspectos de estas necesidades incluyen:

□ **Desarrollo motor:** Los niños necesitan oportunidades para desarrollar sus habilidades motoras gruesas (como correr, saltar y trepar) y finas (como escribir, recortar y manipular objetos pequeños). El juego activo y las actividades que involucran movimientos son esenciales para su desarrollo físico.

□ **Coordinación:** Los niños deben trabajar en la coordinación entre sus habilidades motoras y sus acciones cognitivas. Esto les ayuda a realizar tareas más complejas ya mejorar su destreza en actividades diarias.

□ **Exploración sensorial:** Los niños a menudo aprenden mejor a través de la interacción sensorial con su entorno. Necesitan oportunidades para tocar, sentir texturas, experimentar con diferentes objetos y explorar su mundo a través de sus sentidos.

Necesidades educativas emocionales:

Las necesidades emocionales se refieren al bienestar mental y emocional de los niños. Atender estas necesidades es esencial para su desarrollo social y académico.

Algunos aspectos de estas necesidades incluyen:

Ambiente de apoyo emocional

Los niños necesitan un ambiente seguro y acogedor donde se sientan amados, valorados y aceptados. Esto contribuye a una autoestima saludable ya relaciones positivas con los demás.

Desarrollo de habilidades sociales y emocionales

Los niños deben aprender a reconocer y expresar sus propias emociones, así como a comprender y empatizar con las emociones de los demás. Estas habilidades son esenciales para establecer relaciones saludables y resolver conflictos.

Gestión del estrés y la ansiedad

Los niños pueden experimentar estrés y ansiedad en diversas situaciones. Es importante enseñarles técnicas para manejar estas emociones y brindarles herramientas para enfrentar los desafíos de manera positiva.

Fomento de la resiliencia

Ayudar a los niños a desarrollar la resiliencia les permite enfrentar los obstáculos y superar las dificultades. Esto enseñarles a adaptarse a los cambios, aprender de los fracasos y mantener una mentalidad positiva.

Comunicación abierta

- Fomentar una comunicación abierta y receptiva les permite a los niños expresar sus pensamientos y sentimientos sin temor. Esto contribuye a la construcción de relaciones sólidas ya una comprensión mutua.
- Atender estas necesidades educativas psicomotrices y emocionales es esencial para promover el desarrollo integral de los niños.
- Los educadores, padres y cuidadores desempeñan un papel crucial en proporcionar un entorno enriquecedor que satisfaga estas necesidades y fomente el crecimiento saludable y equilibrado de los niños.

Niños en estado de vulnerabilidad: comportamiento variable, esquizofrenia, estrategias pedagógicas para aplicar en estos niños, test psicométricos para trabajar con estos niños.

Lidiar con niños en estado de vulnerabilidad, que puedan presentar comportamientos variables y condiciones como esquizofrenia, requiere enfoques pedagógicos sensibles y efectivos.

La colaboración con profesionales de la salud mental es esencial. En cuanto a los test psicométricos, herramientas como el WISC-IV y el Rorschach pueden proporcionar información valiosa para adaptar la instrucción y proporcionar el apoyo adecuado a estos niños vulnerables.

Niños en estado de vulnerabilidad: Esquizofrenia.

Es importante aclarar que la esquizofrenia es un trastorno mental que generalmente se manifiesta en la adolescencia o en adultos jóvenes. Aunque los síntomas pueden variar, suele incluir dificultades en el pensamiento, la percepción y la expresión emocional. La esquizofrenia no es común en niños pequeños y no es apropiado referirse a ella en el contexto de la vulnerabilidad infantil.

Niños en estado de vulnerabilidad: Estrategias Pedagógicas a aplicar en estos niños.

Trabajar con niños en estado de vulnerabilidad requiere enfoques pedagógicos y estratégicos cuidadosos para brindarles el mejor apoyo posible. Aquí hay algunas estrategias clave:

Enfoque Sensible y Empático

- Reconocer y comprender las circunstancias y desafíos únicos que enfrentan estos niños es fundamental. Un enfoque empático y libre de prejuicios fomenta la confianza y la relación positiva.

Ambiente Seguro y Afectuoso

- Crear un ambiente de aula seguro y afectuoso es esencial. Los niños en vulnerabilidad pueden haber experimentado traumas; por lo tanto, generar un espacio donde se sientan seguros para expresarse y compartir sus preocupaciones es primordial.

Detección Temprana y Apoyo Integral

- Identificar rápidamente las necesidades específicas de cada niño es crucial. Trabajar en colaboración con psicólogos escolares, trabajadores sociales y profesionales de la salud mental puede asegurar que se brinde un apoyo integral.

Enseñanza Diferenciada

Adaptar la instrucción a las necesidades individuales de los niños ayuda a abordar desafíos académicos y emocionales. Ofrecer actividades de aprendizaje variadas y flexibles puede facilitar la comprensión y el compromiso.

Apoyos y Recursos Adicionales

- Proporcionar apoyos adicionales, como tutores o terapeutas, puede marcar la diferencia en el progreso del niño. Los recursos pueden incluir sesiones de tutoría, terapia ocupacional o de habla, y programas extracurriculares.

Comunicación Abierta

- Mantener una comunicación constante con los padres o cuidadores es esencial. Colaborar en la identificación de necesidades y el seguimiento del progreso asegura una atención integral y coherente.

Red de Apoyo

- Conectar a los niños con recursos comunitarios, como programas extracurriculares, grupos de apoyo y servicios sociales, puede enriquecer su experiencia y apoyar su crecimiento
- Al implementar estas estrategias, los educadores pueden hacer una diferencia significativa en la vida de los niños en estado de vulnerabilidad, brindándoles el apoyo necesario para alcanzar su máximo potencial.

Escala de Evaluación de la Agresión en Niños (Overt Aggression Scale):

- Evalúa los comportamientos agresivos en niños y adolescentes.
- Evaluación de la Resiliencia en Niños (Child and Youth Resilience Measure):
- Proporciona información sobre la resiliencia de los niños, sus recursos internos y externos para afrontar dificultades.
- Es fundamental recordar que estas herramientas deben ser administradas por profesionales capacitados en salud mental y psicología infantil. Los resultados de estas evaluaciones pueden guiar la intervención y el apoyo personalizado que se brinda a niños en estado de vulnerabilidad.

Conclusión.

En conclusión, el autismo, el síndrome de Down y la dislexia son tres condiciones neurológicas que presentan características únicas y que afectan el desarrollo y el funcionamiento de las personas de manera diversa. Aunque cada una de estas condiciones tiene sus propias manifestaciones clínicas y desafíos asociados, es importante recordar que todas las personas merecen respeto, comprensión y apoyo en su camino hacia el crecimiento y la inclusión.

El autismo se caracteriza por diferencias en la comunicación, si bien es un espectro amplio, cada individuo con autismo tiene sus propias fortalezas y desafíos. La conciencia y la educación son fundamentales para promover la inclusión y crear ambientes que sean sensibles a las necesidades de las personas autistas

Bibliografía

2 Pérez L. (23 de febrero de 2006). instructivo-para-atencion-educativa-dotacion-superior. Obtenido de DIRECCIÓN NACIONAL DE EDUCACIÓN ESPECIALIZADA E INCLUSIVA: <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/10/Instructivo-para-atencion-educativa-dotacion-superior.pdf>

Albes, C., Aretxaga, L., Etxebarria, I., Galende, I., Santamaría, A., Uriarte, B., & Vigo, P. (2018). Orientaciones educativas. Alumnado con altas capacidades intelectuales. (P. L. Gobierno Vasco. Departamento de Educación, Ed.) Obtenido de Microsoft Word - 100012c_Pub_EJ_altas_capacidades_c.doc: https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/inn_doc_esc_inclusiva/es_def/adjuntos/escuela-inclusiva/100012c_Pub_EJ_altas_capacidades_c.pdf

Anonimo. (7 de Octubre de 2018). Heatly child . Obtenido de <https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/learning-disabilities/Paginas/How-Learning-Problems-are-Managed.aspx>

Anonimo. (11 de Diciembre de 2018). Neural . Obtenido de <https://neural.es/que-es-la-disgrafia-y-como-podemos-tratarla/#:~:text=La%20disgraf%C3%ADa%20es%20una%20condici%C3%B3n,de%20problemas%20a%20la%20vez.>

Anonimo. (02 de agosto de 2021). Medline Plus . Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/mentaldisorders.html#:~:text=Varios%20factores%20pueden%20contribuir%20al,desequilibrios%20qu%C3%ADmicos%20en%20el%20cerebro>

Anonimo. (18 de mayo de 2022). Centro Nacional de Defectos Congénitos y Discapacidades del Desarrollo de los CDC, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Obtenido de <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/developmentaldisabilities/learningdisorders.html#:~:text=Tener%20un%20trastorno%20del%20aprendizaje,distinguir%20entre%20derecha%20e%20izquierda>

Anonimo. (09 de agosto de 2022). Centro para el control y la detencion de enfermedades . Obtenido de <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/diagnosis.html#:~:text=A%20menudo%20no%20logra%20prestar,cuando%20se%20le%20habla%20directamente>.

Anonimo. (04 de Marzo de 2022). Esemtia . Obtenido de <https://esemtia.com/2022/03/04/tipos-de-discalculia/#:~:text=Qu%C3%A9%20es%20la%20Discalculia,-La%20discalculia%20se&text=Es%20una%20condici%C3%B3n%20neurol%C3%B3gica%20que,mental es%20ni%20trabajar%20con%20abstracciones>.

Anonimo. (06 de Junio de 2022). Latam Global School . Obtenido de <https://www.latamglobalschool.com/blog/necesidades-especiales-en-la-educacion-que-son-y-como-detectarlas/>

Anonimo. (s.f). Medline Plus. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007687.htm>

Antonio, V. A. (15 de Marzo de 2019). Obtenido de <https://blogs.ucv.es/postgradopsocologia/2019/03/15/aprendizaje-cooperativo-e-inclusion-educativa/>

Armero, J. D. (20 de Mayo de 2019). TOPDOCTORS. Obtenido de <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/disortografia>

Arrebillaga, M. E. (2010). Autismo y trastornos del lenguaje. Obtenido de Editorial Brujas: <https://elibro.net/es/lc/uguayaquil/titulos/78026>

Arrunategui Lopez, C. C. (2020). ROL DEL DOCENTE COMO FAVORECEDOR DE UNA EDUCACIÓN. Obtenido de http://repositorio.monterrico.edu.pe/bitstream/20.500.12905/1707/1/EI_IX_TESINA_Arrunategui.pdf

Clinica de la Universidad de Navarra. (s.f). cun.es. Obtenido de <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/depresion-infantil-adolescente>

cols, T. y. (1999). Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/56890/TFG-G5655.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

David Trejo-Martínez, F. J.-P.-O. (septiembre de 07 de 2007). Aspectos anatómicos y funcionales sobre el área de Broca en neurocirugía funcional. Recuperado el 21 de 05 de 2023, de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/51878746/area_de_Broca-libre.pdf?1487649755=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DHOSPITAL_GENERAL.pdf&Expires=1684724485&Signature=Q0VmpS5OVfyMAm2B8n0gmA4Wp4ltxNu0dnggzC00E1GJ3nMfuaHJJ3AUcTrrzeJuCUNIQ4W2

Eden, G. (2022). Understood. Obtenido de <https://www.understood.org/es-mx/articles/what-is-dyslexia>

Educación Inclusiva. (Febrero de 2007). En I. V. Jose Chang, Manual de adaptaciones curriculares (pág. 90). Lima.

Educrea. (2018). Obtenido de <https://educrea.cl/docente-inclusivo-aula-inclusiva/#>

Erislandy Omar Martínez, M. P. (Ene./Junio 2015). Perspectivas científicas en la investigación de la afasia. consideraciones teoricas. doi:<http://dx.doi.org/10.15665/re.v13i1.350>

Fernández, T. (febrero de 2020). Congreso de actualización pediatría 2020. Obtenido de Altas capacidades intelectuales: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/congreso2020/507-514_altas_capacidades.pdf

GALVÃO, J. D. (Marzo de 2020). Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Obtenido de Contribuciones de Neuropsicología: Altas Habilidades/Regalados: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia-es/altas-habilidades>

Garnica. (2013). Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/56890/TFG-G5655.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

GEU, E. (3 de Enero de 2022). GEU EDITORIAL . Obtenido de <https://www.editorialgeu.com/blog/que-son-las-adaptaciones-curriculares/>

Hughes, González y Hornauer. (2021). Evaluacion de la afacias. Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/48126>

Humano, I. N. (2001). Medineplus. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/rettsyndrome.html>

Iglesia Gutiérrez, M. D. L. & Olivar Parra, J. . (2013). Autismo y Síndrome de Asperger: trastornos del espectro autista de alto funcionamiento: guía para educadores y familiares. Obtenido de Editorial CEPE: <https://elibro.net/es/lc/uguayaquil/titulos/153535>

Jerry, B. (08 de marzo de 2022). Child Mind Institute. Obtenido de <https://childmind.org/es/articulo/tratamiento-del-comportamiento-para-ninos-con-ansiedad/>

Kanner. (15 de 03 de 1943). Obtenido de Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*

Lopera. (2008). Obtenido de <https://uvadoc.uva.es>

Madriz, F. E. (s.f.). La administración educativa y su fundamentación . Obtenido de La administración educativa y su fundamentación : <https://www.redalyc.org/pdf/440/44027102.pdf>

Martin, M. I. (ENERO de 2018). Transtornos de discapacidad . Obtenido de https://iacapap.org/_Resources/Persistent/9bb8e4d220ccfd6585053b90116d2a2345f3ef60/C.1-Discapacidad-Intelectual-SPANISH-2018.pdf

Martinez, A. A. (2019). Euskadi.eus. Obtenido de https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/inn_doc_esc_inclusiva/es_def/adjuntos/especiales/110012c_Doc_EJ_sindrome_down_c.pdf

Martínez, M. (2015). Intervención psicoeducativa para niños con trastornos del espectro autista: descripción, alcances y límites. Obtenido de Miño y Dávila: <https://elibro.net/es/lc/uguayaquil/titulos/44167>

Mayo Clinic. (11 de Noviembre de 2021). Mayo Clinic. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/adhd/symptoms-causes/syc-20350889#:~:text=El%20trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de,atenci%C3%B3n%2C%20hiperactividad%20y%20comportamiento%20impulsivo.>

Mineduc. (Diciembre de 2020). Diseño Universal de Aprendizaje: Una respuesta a la diversidad. Pasa la voz. Obtenido de <https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2020/12/Pasa-la-Voz-Diciembre-2020.pdf>

Molina García, L. (2020). Adaptaciones curriculares para el alumnado con altas capacidades desde la tutoría. Antequera, España: IC EDITORIAL. Obtenido de <https://elibro.net/es/ereader/uguayaquil/124392?page=7>

Paula Pérez, I. I. (2019). Diposit Digital. Viguera Editores SL.

Perpiñán. (2019). Tengo un alumno con Síndrome de Down: Estrategias de intervención educativa. España: Narcea Ediciones.

Research, F. f. (19 de Julio de 2022). Middlesexhealth. Obtenido de <https://middlesexhealth.org/learning-center/espanol/enfermedades-y-afecciones/s-ndrome-de-rett>

Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (09 de octubre de 2020). Revistas de Neuro Psiquiatría. Obtenido de revistas.upch.edu.pe: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3794#:~:text=El%20trastorno%20por%20d%C3%A9ficit%20de,son%20inatenci%C3%B3n%20hiperactividad%20e%20impulsividad.>

Santos, A. N. (Noviembre de 2019). Psicoabaco. Obtenido de Altas capacidades y dificultades de aprendizaje: <https://psicoabaco.es/altas-capacidades-y-dificultades-de-aprendizaje/>

Sciotto, E. A. (2021). Neurociencias, autismo y neurodesarrollo infantil. Obtenido de Bonum: <https://elibro.net/es/lc/uguayaquil/titulos/213581>

Scott Litin, M. (2020). "Mayo Clinic Family Health Book". Mayic Clinic 5ta edicion .

Shin M, S. C. (16 de Diciembre de 2022). Centros para el control y la prevencion de enfermedades. Obtenido de <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/birthdefects/downsyndrome.html>

Silva, C. (29 de Agosto de 2011). Ladislexia NET. Obtenido de <https://www.ladislexia.net/definicion-dislexia/>

SL, I. (18 de Enero de 2022). INPA. Obtenido de <https://inpa.info/disgrafia-causas-sintomas-y-tratamientos>

SM, E. (1 de Octubre de 2021). SM blog . Obtenido de <https://www.grupo-sm.com/es/post/disgrafia-diagnostico-y-orientaciones#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20detectar%20la%20disgraf%C3%ADa%20desde,reeducar%20con%20la%20ejercitaci%C3%B3n%20adecuada.>

Stephen Brian Sulkes, M. G. (22 de Febrero de 2022). Manuals.msd. Obtenido de <https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/trastornos-del-aprendizaje-y-del-desarrollo/s%C3%ADndrome-de-rett>

Dra. Norma Narcisa Garcés Garcés

Docente de la universidad de Guayaquil carrera de Educacion Inicial, Magister en Gerencia Educativa, Licenciada en Educación Párvulos. Gestora general de la facultad a Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación-Universidad de Guayaquil.

Gestora general de investigación, facultad de Filosofía-Universidad de Guayaquil.

Gestora general de la facultad de seguimiento a graduados, Facultad de Filosofía- Universidad de Guayaquil.

Gestora de prácticas profesionales, carrera de Educación de Parvulos- Universidad de Guayaquil.

Directora de proyectos de investigación FCI

Investigadora del Senescyt Registrada #20-04462.

Mgs. Génesis Salazar Garcés

Doctoranda De Administración Gerencial – Universidad de Investigación e Innovación De México- Uiix.

Magister en Contabilidad y Finanzas Uees (Universidad de especialidades Espíritu Santo).

Ingeniera Comercial y Empresarial. Escuela Superior Politécnica del Litoral- Espol (Guayaquil-Ecuador).

Gestora bienestar estudiantil- Facultad de Ciencias Administrativas Universidad De Guayaquil.

Docente de la Universidad de Guayaquil- Facultad de Ciencias Administrativas.

Investigadora de la Universidad de Guayaquil.

Tutora de titulación.

Dra. Janet del consuelo Bonilla Freire

Magister en Administración de Empresas- Universidad Técnica de Babahoyo.

Ingeniera Comercial- Universidad de Guayaquil.

Decana de la Facultad de Ciencias Administrativas.

Vicedecana de la Facultad de Ciencias Administrativas- Universidad de Guayaquil.

Investigadora acreditada del Senescyt de la Universidad de Guayaquil.

Manuel Enrique Chenet Zuta

Doctor, docente

Departamento Académico: Administración de empresas

Universidad Nacional Tecnológica de Lima Sur UNTELS

Ciudad: Lima

País: Perú

Email: mchenet@untels.edu.pe

ORCID ID: 0000-0003-2088-2541

Felix Fernando Dueñas Gaitan

Profesional en Filosofía con Mención en Historia de la Universidad del Rosario. Magister en Educación con especialidad en Educación Superior de la Universidad Internacional Iberoamericana (UNINI) de Puerto Rico. Máster en Educación de la Universidad Europea del Atlántico de España. Maestría en Historia de la Universidad Javeriana y estudios monográficos de Doctorado en Historia de América en la Universidad de Cádiz de España.

Diplomado en Educación Superior, Pedagogía y Gestión Universitaria de la Universidad del Rosario. Diplomado en Educación: Ciencia, Tecnología y Sociedad de la Universidad Javeriana. Diplomado en Docencia Virtual y Diplomado en Pedagogía Praxeológica de la Corporación Universitaria Minuto de Dios- UNIMINUTO. Diplomado en Investigación: Formulación y Gestión de Proyectos y Diplomado en Escritura de Artículos Científicos y Tecnológicos de la ACAC.

Investigador Junior (IJ) categorizado por Minciencias (Colombia)



ISBN: 978 9942 663 02 3



9 789942 663023