



UNIVERSIDADE  
DA CORUÑA

**MÁSTER**  Desarrollo Infantil y  
Atención Temprana

## Discapacidad cognitiva

**8 Junio 2019**

**PROFESORA:** Sonsoles Perpiñán Guerras  
Psicóloga y Directora del Equipo de  
Atención Temprana de Ávila.  
Consejería de Educación.  
Junta de Castilla y León

 **PAIDEIA**  
galiza fundación

 agat

## **OBJETIVOS**

- Comprender el concepto de discapacidad cognitiva.
- Conocer distintos tipos de discapacidad cognitiva.
- Facilitar la capacidad de identificar signos de alerta para la detección temprana de la discapacidad cognitiva.
- Desarrollar competencias para la evaluación de la discapacidad cognitiva en edades tempranas.
- Facilitar el diseño de programas de atención temprana para niños con discapacidad cognitiva.
- Conocer estrategias de atención temprana para dar respuesta a las necesidades de los niños en el área cognitiva.
- Definir estrategias de intervención con las familias de niños con discapacidad cognitiva.
- Reflexionar sobre las actitudes de los profesionales y su incidencia en su desempeño profesional.

## **CONTENIDOS**

### **Módulo 1 : Concepto de discapacidad cognitiva.**

- 1.1.- Definiciones.
- 1.2.- Prevalencia.
- 1.3.- Etiología.

### **Módulo 2: Tipos de discapacidad cognitiva.**

- 2.1.- Alteraciones cromosómicas.
- 2.2.- Alteraciones metabólicas.
- 2.3.- Alteraciones del Sistema Nervioso Central.
- 2.4.- Multifactoriales.

### **Módulo 3: El síndrome de Down.**

- 3.1.- Características
- 3.2.- Propuestas de acción.

### **Módulo 4: Evaluación de la discapacidad cognitiva.**

- 4.1.- Signos de alerta.
- 4.2.- Instrumentos de cribado.
- 4.3.- Pruebas diagnósticas.

### **Módulo 5: Programas de Atención Temprana para niños con discapacidad cognitiva.**

- 5.1.- Intervención con el niño.
- 5.2.- Intervención con la familia.

### **Módulo 6: Las actitudes del profesional.**

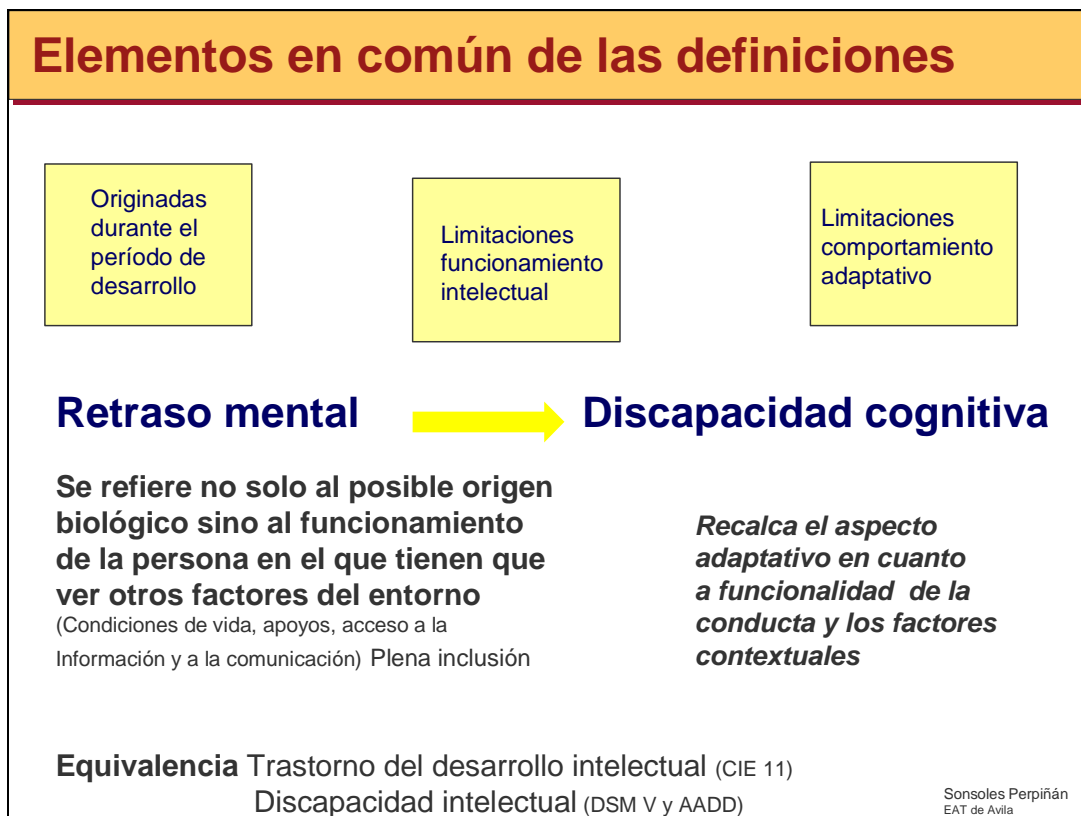
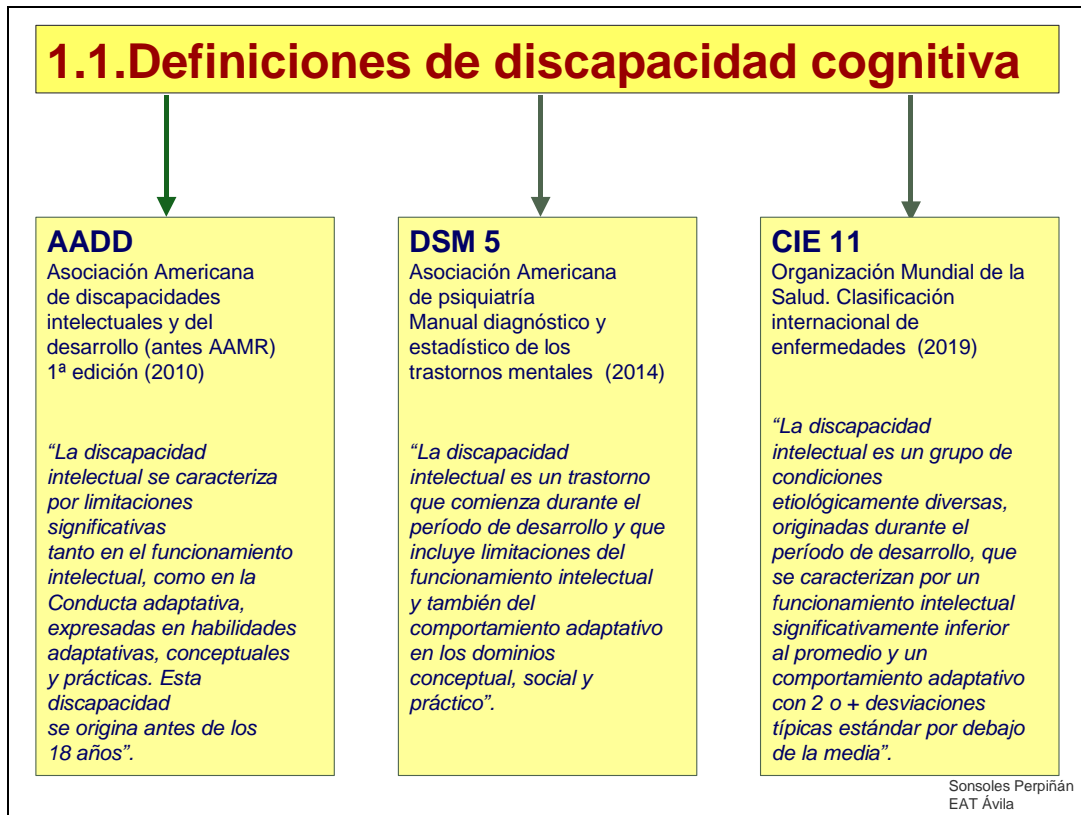
## PROGRAMA

	Contenidos	Metodología
Sábado 8 Junio. Mañana: 9,30 – 13,30 h.		
9,30 – 10	<b>Módulo 1 : Concepto de discapacidad cognitiva</b> 1.1.- Definiciones. 1.2.- Prevalencia. 1.3.- Etiología.	Exposición teórica.
10 -11	<b>Módulo 2: Tipos de discapacidad cognitiva</b> 2.1.- Alteraciones cromosómicas. 2.2.- Alteraciones metabólicas. 2.3.- Alteraciones del S.N.C. 2.4.- Multifactoriales.	
11- 11,30	<b>Módulo 3: El síndrome de Down.</b> 3.1.- Característica 3.2.- Propuestas de acción.	Exposición teórica.
11,30-12	Descanso	
12-13,30	<b>Módulo 4: La evaluación de la discapacidad cognitiva</b> 4.1.- Signos de alerta 4.2.- Instrumentos de cribado. 4.3.- Pruebas diagnósticas.	Exposición teórica. TALLER 1: Signos de alerta TALLER 2: Evaluación. Video
18,30 – 21		
Sábado 8 Junio. Tarde: 15 – 18 h.		
15 – 17	<b>Módulo 5: Programas de AT para niños con discapacidad cognitiva.</b> 5.1.- Intervención con el niño. 5.2.- Intervención con la familia.	Exposición teórica.  TALLER 3: Propuestas de actividades.
17-18	<b>Módulo 6: Las actitudes del profesional.</b>	Exposición teórica.

## MATERIALES DE LECTURA

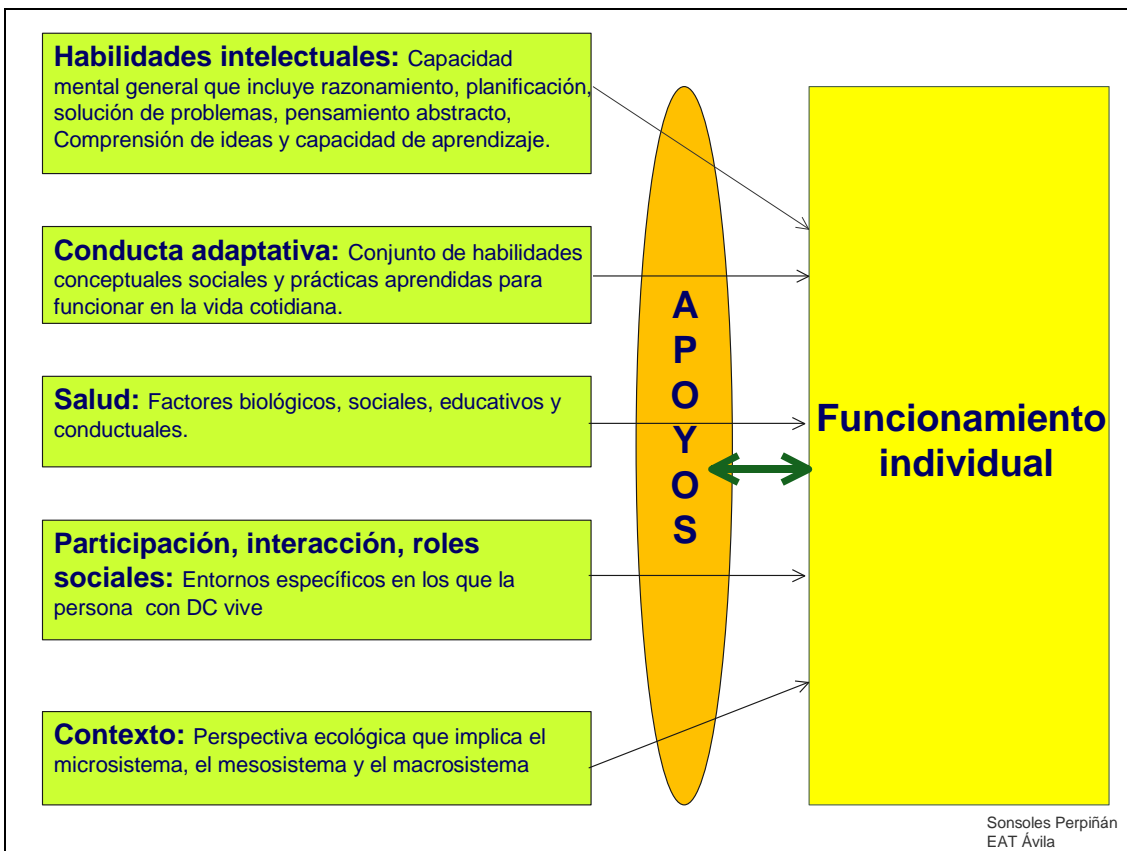
- Perpiñán, S. (2018) *Tengo un alumno con síndrome de Down. Estrategias de intervención educativa*. Ed Narcea. Madrid
- Perpiñán, S. (2009) *Atención Temprana y familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Madrid. Narcea .
- Grupo de Atención Temprana (GAT). *Guía del desarrollo infantil desde el nacimiento hasta los 6 años*. Madrid Real Patronato sobre Discapacidad. (2011) <http://www.gat-atenciontemprana.org/>

# Módulo 1 : Concepto de discapacidad cognitiva.





- Considera central el funcionamiento social (Modelo adaptativo y no el CI)
- No es un rasgo estable, es una forma de ser de cierto tipo de personas que necesitan unos apoyos.
- Importancia del ambiente que aporta oportunidades



Recursos y estrategias que tratan de favorecer el desarrollo, la educación, los intereses y el bienestar de una persona mejorando el funcionamiento individual

## Apoyos

Tipo de apoyo	Frecuencia	Duración	Ámbito
Intermitente	Episódico	Poca	Algún área
Limitado	Continuado	Limitada	Algún área
Extenso	Frecuente	No limitada	Algún área
Generalizado	Muy frecuente	Muy elevada	Casi todas las áreas

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila

**OMS: Criterios comunes de diagnóstico clínico de enfermedades en todo el mundo.**



### Trastorno del desarrollo intelectual

- Retraso en el desarrollo ordinario (caminar, hablar...)
- Dificultades de aprendizaje
- Dificultades de interacción, aislamiento.
- Problemas de comportamiento (Actividades no constructivas o repetitivas, ausencia de juego con juguetes, ingestas inapropiadas, autolesiones)
- Apariencias características ( Ej S. Down)

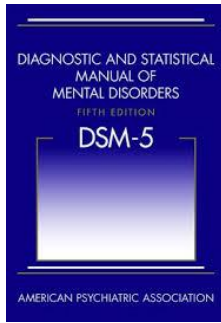
**Desarrollo lento que tiene como resultado deterioro en habilidades cognitivas, lingüísticas motoras y sociales con dificultades de aprendizaje y adaptación social.**

**Severa:** Necesitan ayuda para las tareas diarias

**Moderada:** Necesitan guía y supervisión para las tareas diarias.

**Leve:** Limitaciones en los logros escolares pero pueden vivir solos y hacer un trabajo sencillo.

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila



**Deficiencias en las funciones intelectuales:** razonamiento, resolución de problemas, planificación, pensamiento abstracto, juicio, aprendizaje académico, aprendizaje a partir de la experiencia confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas e individualizadas.

**Deficiencias en el comportamiento adaptativo:** fracaso en el cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo las deficiencias adaptativas limitan el funcionamiento en una o más de las actividades de la vida cotidiana como la comunicación, la participación social, y la vida independiente en múltiples entornos tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

**Inicio durante el período del desarrollo**

**DSM 4:** Leve CI:50-55/70  
Moderado CI:35-40/50-55  
Grave CI:20-25/35-40  
Profundo CI: < 20-25

**DSM 5:** Leve  
Moderado  
Grave  
Profundo  
Retraso global del desarrollo  
Discapacidad intelectual no especificada

EAT de Avila

	<b>Dominio conceptual</b>	<b>Dominio social</b>	<b>Dominio práctico</b>
<b>Leve</b>	<p><b>0-6:</b> Apenas hay diferencias <b>+ de 6:</b> Dif. de aprendizaje aptitudes académicas (lectura, escritura, aritmética, Tiempo, dinero) Necesidad de ayuda para cumplir (1-2 campos) las expectativas de Su edad <b>Adultos:</b> Dif. Pensamiento Abstracto, función ejecutiva, Memoria CP. Enfoque concreto de los problemas</p>	<p><b>-Relaciones sociales</b> Inmaduro -Dif. Para percibir de forma precisa las señales sociales de sus iguales <b>-Comunicación:</b> concreto e inmaduro - <b>Conducta:</b> Dificultades en la regulación de emociones y de comportamiento.</p>	<p><b>-Cuidado personal</b> Apropiado a edad ( aseo, alimentación, etc) <b>-Tareas vida cotidiana:</b> Cierta ayuda en tareas Complejas (compra, gestiones banco legales, cuidado salud y de los hijos )</p>
<b>Moderada</b>	<p><b>0-6:</b> Lenguaje y habilidades preacadémicas adquieren tardíamente. <b>+ de 6:</b> Aprendizajes escolares notablemente reducidos <b>Adultos:</b> Necesidad de ayuda en habilidades académicas, trabajo y vida personal</p>	<p><b>-Relaciones sociales</b> vinculada a la familia a amigos Puede tener amistades satisfactorias <b>-Comunicación:</b> notables diferencias respecto a su edad -Leng. mucho menos complejo <b>- Conducta:</b> Juicio social y Capacidad de tomar decisiones limitada. - Necesidad de ayuda.</p>	<p><b>-Cuidado personal</b> Logra Período largo de aprend. Necesitan recuerdo <b>-Tareas vida cotidiana:</b> Participan con ayuda Período largo de aprend. - Trabajo con habilidades conceptuales y de comunicación limitadas con supervisión</p>

Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

	<b>Dominio conceptual</b>	<b>Dominio social</b>	<b>Dominio práctico</b>
<b>Grave</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poca comprensión de lenguaje y de conceptos (números, cantidades, tiempo)</li> <li>- Necesidad de ayuda para la Resolución de problemas toda la vida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Relaciones sociales</b> con la familia y es fuente de placer</li> <li>- <b>Comunicación:</b> lenguaje hablado bastante limitado y relacionado con el momento (palabras sueltas o pequeñas frases que pueden completarse con sistemas aumentativos)</li> <li>- Comprenden lenguaje sencillo y la comunicación gestual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cuidado personal</b> Necesitan ayuda (aseo, alimentación, etc)</li> <li>- <b>Tareas vida cotidiana:</b> Necesitan supervisión constante (para tomar decisiones respecto a su bienestar o el de otros)</li> <li>- <b>Conducta:</b> Pueden aparecer comportamientos inadaptados</li> </ul>
<b>Profundo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habilidades conceptuales que implican el mundo físico más que procesos simbólicos.</li> <li>- Alteraciones motoras o sensitivas que impiden el uso funcional de los objetos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Relaciones sociales</b> Disfrutan de la relación con sus cuidadores</li> <li>- <b>Comunicación:</b> pueden comprender algunas instrucciones o gestos sencillos.</li> <li>- Expresan deseos o emociones a través de comunicación no verbal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Cuidado personal</b> Dependen de otros para todos los cuidados.</li> <li>- <b>Tareas vida cotidiana:</b> Pueden participar en con acciones sencillas con los objetos. Actividades recreativas con ayuda de otros.</li> <li>- <b>Conducta:</b> Pueden aparecer comportamientos inadaptados</li> </ul>

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Ávila

## Menores de 5 años

**Retraso global del desarrollo:** Cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de infancia, se diagnostica cuando el niño no cumple los hitos de desarrollo esperados en varios campos de funcionamiento intelectual. No implica que no se pueda prever la evolución hacia una discapacidad intelectual pero aumenta el margen de error.

**ODAT. Retraso evolutivo:** hace referencia a la población infantil, que a lo largo de su primer año de vida presenta algún factor de riesgo biológico familiar o del entorno. Y que además presenta retraso en la aparición de los hitos evolutivos promediados en dos o más de las áreas de desarrollo (psicomotor, perceptivo-cognitivo, comunicación, autonomía, relación personal, etc).

## Mayores de 5 años

**Discapacidad intelectual no especificada:** Cuando la valoración del grado de discapacidad intelectual mediante procedimientos disponibles es imposible debido a deterioros sensoriales o físicos asociados. Solo se utiliza en circunstancias excepcionales y se debe volver a valorar después de un período de tiempo.

## 1.2. Prevalencia discapacidad cognitiva

**1-3% de la población.**

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila



## 1.3. Etiología discapacidad cognitiva

### Factores genéticos, ambientales y multifactoriales

**Prenatales (52%):** Alteraciones genéticas (síndrome Down, síndrome X-frágil,...) (32%)  
Malformaciones causa desconocida (SNC, síndromes polimalformativos)  
Problemas gestacionales: infecciones prenatales,(toxoplasmosis), tóxicas (alcoholismo fetal), placentarios (prematuridad), malnutrición;

**Perinatales (15%):** Infecciones neonatales (meningitis),  
Relacionados con el parto (falta de oxígeno, hemorragia cerebral, encefalopatía hipóxica isquémica, pérdida de bienestar fetal),  
Epilepsia neonatal.  
Alteraciones metabólicas neonatales.

**Posnatales (8%):** Enfermedades neurológicas (Infecciones del SNC, Tumores SNC)  
Traumatismos craneales  
Accidentes vasculares  
Desnutrición  
Epilepsias graves

**Causas desconocidas:** 30% discapacidades graves y 70% Discapacidades leves

EAT de Avila <sup>Perpián</sup>

## Módulo 2 : Tipos de discapacidad cognitiva.

### 2.1. Alteraciones cromosómicas

**Síndrome** un conjunto de síntomas o signos que tienden a aparecer de forma agrupada y que expresan la presencia de una alteración concreta conformando un patrón identificable.

**Síndrome de Down**

**Síndrome x frágil**

**Síndrome de Prader Willi**

**Síndrome de Angelman**

**Síndrome de Williams**

**Síndrome Cornelia de Lange**

Sonsoles Perpián  
EAT Ávila

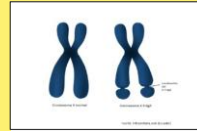
## Síndrome X frágil

### Prevalencia

- . 1:4000 Hombre
- . 1:6000 Mujeres

### Causa

- . Mutación en el cromosoma X, Fragilidad en un brazo.
- . Mas espinas dendríticas e
- . Las neuronas de la corteza cerebral pero con Inmadurez que hace que funcionen de forma anómala.



### Fenotipo físico

- . Cara alargada con frente amplia y mentón prominente .
- . Orejas grandes y despegadas
- . Hiperlaxitud articular ( movilidad aumentada)
- . Testículos grandes (macroorquidismo).
- . Paladar ojival. Maloclusión dental.

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila

### Discapacidad intelectual

- . Grado variable desde la discapacidad leve a severa.
- . Media: **Discapacidad intelectual moderada** (CI: 41)
- . SXF de funcionamiento elevado.
- . Pobre procesamiento secuencial.

### Fenotipo conductual

- . **Funciones ejecutivas:** Dificultades de atención  
Planificación  
Hiperactividad
- . **Lenguaje:** Dificultades expresivas: pobre estructuración gramatical, perseveración. Trastornos pragmáticos
- . **Sociabilidad:** Timidez, ansiedad social, pobre contacto ocular.
- . **Conducta:** Rabietas, defensa táctil, perseveración, aleteos, tics motores tristeza, depresión. ansiedad (puede provocar agresividad) Puede venir asociado a TEA.
- . Trastornos de integración sensorial
- . Adquisiciones tardías para su edad cronológica

### Puntos fuertes

- . Buenas habilidades de imitación visual
- . Buena capacidad de respuesta a situaciones estructuradas y rutinarias.
- . Requieren actividades manipulativas estructuradas.

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila

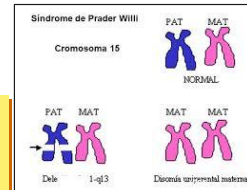
# Síndrome Prader Willi

Prevalencia

. 1:15000/30000

Causa

. Delección de la aportación paterna 15q11.2-q13. (70% de los casos) (pérdida de material genético)



Fenotipo físico

- . Ojos en forma de almendra
- . Puente nasal estrecho
- . Comisura boca hacia abajo
- . Obesidad. Hiperfagia (anomalía hipotálamica)
- . Aspecto dismórfico.
- . Hipotonía
- . Hipoplasia genital.
- . Baja estatura.

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila

Discapacidad intelectual

- . Media: **Discapacidad intelectual ligero** (CI: 60-70)
- . (40%) Inteligencia límite, (20%) DI moderada.
- . Problemas de aprendizaje severos y rendimiento académico por debajo de sus capacidades.
- . Hitos de desarrollo a una edad doble de lo esperado.
- . Dif procesamiento secuencial, auditivo y Memoria CP

Fenotipo conductual

- . **Funciones ejecutivas:** Dificultades de atención  
Organización visoperceptiva
- . **Lenguaje:** Dificultades morfosintaxis, vocabulario y pragmática. Buen desarrollo fonológico.
- . **Sociabilidad:** conducta social inmadura. Quieren tener amigos pero tienen dificultades para comprender claves sociales y afectivas.
- . **Conducta:** Rabietas, testarudez, comportamiento controlador, conductas compulsivas, dificultad en el cambio de rutinas  
Puede venir asociado a TEA. (25%)

Puntos fuertes

- . Habilidades espaciales
- . Memoria a largo plazo.
- . Lectura.

Beneficios tratamiento con hormona del crecimiento. Mejora el ritmo de crecimiento y la autoimagen

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila

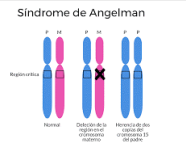
# Síndrome Angelman

Prevalencia

. 1:15000/30000

Causa

. Falta expresión gen UBE3A materno ubicado 15q11.2-q13.  
No hay anomalías estructurales pero puede haber atrofia cortical o desmielinización ligeras.



Fenotipo físico

. Talla baja  
. Microcefalia  
. Aplanamiento occipital  
. Cabellos claros, ojos azules  
. Macroglosia  
. Separación entre los dientes.  
. Convulsiones

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila

Discapacidad intelectual

**Discapacidad intelectual severa**

. Se detecta entre los 12 meses y los 3 años.

Fenotipo conductual

. **Desarrollo motor:** Problemas de equilibrio, marcha atáxica, temblores en miembros. Falta control motor.  
. **Funciones ejecutivas:** Atención baja  
Hiperactividad  
. **Lenguaje:** Dificultades receptivas + expresivas.  
Uso escaso de habla  
. **Sociabilidad:** Risa fácil apariencia feliz.  
. **Conducta:** Exploran los objetos llevándolos a la boca.  
Importantes dificultades de sueño  
Fatiga y somnolencia secundaria.  
aleteos  
. Adquisiciones tardías para su edad cronológica

Puntos fuertes

. Sociabilidad.  
. Apariencia feliz.

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila

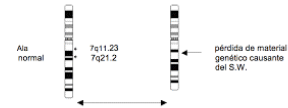
## Síndrome de Williams

Prevalencia

. 1:25000

Causa

. Microdelección en el cromosoma 7(7q11.23).  
Pérdida de pequeños fragmentos del cromosoma



Fenotipo físico

. Cara de duende (cabeza y barbilla pequeñas, fisuras parpebrales cortas, nariz chata, con puente nasal deprimido, pliegues epicánticos, labios prominente tendencia a boca abierta)  
. Tono muscular muy bajo  
. Estatura baja  
. Cardiopatías: estenosis aórtica.  
. Hipersensibilidad a los ruidos

EAT Ávila

Perpián

Discapacidad intelectual

**Discapacidad intelectual moderada (CI 41-85)**

. 1ª infancia: Adquisiciones atrasadas ( marcha 28 meses)  
Inquietud, problemas alimentación.

Fenotipo conductual

. **Desarrollo motor:** Retraso motricidad gruesa y fina  
. **Funciones ejecutivas:** Déficit en integración de la información visoperceptiva, secuenciación y velocidad de ejecución. Problemas de atención, hiperactividad. Tendencia a la distracción.  
. **Lenguaje:** Comprensión inferior a la expresión  
Vocabulario amplio y bien contextualizado  
Frases gramaticalmente correctas,  
Frases hechas, expresiones rebuscadas.  
Locuaces.  
. **Sociabilidad:** Extrovertidos, desinhibidos y afectuosos  
Escasas rel. sociales con iguales.  
. **Conducta:** Llamada de atención.  
Poca capacidad de adaptación.  
Intereses restringidos.  
Fobias.

Puntos fuertes

. Memoria auditiva y procesamiento verbal  
. Buen nivel de vocabulario.

Sonsoles Perpián  
EAT Ávila

## Síndrome de Cornelia de Lange

Prevalencia

. 1:50000

Causa

. Delección en el gen NIP-BL en el cromosoma 5.  
. Mutaciones en los cromosomas 10 y X.

Fenotipo físico

. Anomalías oculares (miopía, nistagmus)  
. Puente nasal amplio y deprimido  
. Labios finos. Ángulos bucales hacia abajo.  
. Paladar alto y arqueado.  
. Implantación baja de las orejas.  
. Cuello corto.  
. Manos y pies pequeños.

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila

Discapacidad intelectual

**Discapacidad intelectual moderada (CI 41-85)**

. Adquisiciones atrasadas ( marcha 24 meses)  
. Retraso en el crecimiento, problemas alimentación.

Fenotipo conductual

. **Desarrollo motor:** Retraso motricidad gruesa y fina  
. **Lenguaje:** Sordera (20%)  
Pobre expresión facial de las emociones.  
Déficit lenguaje receptivo y expresivo.  
. **Sociabilidad:** Pueden rechazar las interacciones sociales y el contacto físico  
. **Conducta:** Compatibles con TEA

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila

## Otras alteraciones cromosómicas

**Pueden implicar discapacidad intelectual en grado variable**

**Delección 22q11.2**

**Síndrome de Smith – Magenis**

**Síndrome de Hurler**

**Síndrome de Wolf- Hirschhorn**

**Síndrome de Noonan**

**Neurofibromatosis.**

**Síndrome de Smith-Lemli-Opits**

**Síndrome de Klinefelter**

**Síndrome de Turner**

**Síndrome Triple X**

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila

## 2.2. Alteraciones metabólicas

**Anormalidad a nivel génico que se traduce en una deficiencia cualitativa o cuantitativa de una enzima. Se produce, de manera permanente o intermitente una inadecuada transformación de un producto alimenticio que no se descompone en energía, se puede acumular en el cuerpo y ocasionar una variedad amplia de síntomas y un desequilibrio bioquímico que se traduce en un fenotipo específico y diferente al desarrollo típico**

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila

## Fenilcetonuria

Prevalencia

. 1:12000

Causa

. La conversión de la fenilalanina en tiroxina es defectuosa.

### Cribado neonatal: Prueba del talón

Características

. Interfiere en el desarrollo del cerebro (problemas de mielinización, alteración de los neurotransmisores)  
. Si no se trata provoca una disc. Intelectual grave .  
Tratamiento: dieta.  
. No hay afectación del lenguaje, motricidad, memoria o razonamiento.  
. Puede haber dificultad con el procesamiento de la información, la integración de la información y la solución de problemas

piñán

EAT Ávila

## 2.3. Alteraciones del SNC

Causas más frecuentes

**Malformaciones SNC.** Trastornos en la migración neuronal

**Gestacionales:** Fenopatías tóxicas. Infecciones...

**Parto:** anoxia.

**Accidente cerebrovascular.**

**Infecciones:** Meningitis...

**Epilepsia.**

**Traumatismo craneal:** accidentes, caídas, malos tratos...

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila



## 2.3. Alteraciones del SNC

### Malformaciones SNC

Corteza alterada por trastornos en la migración neuronal (displasias corticales) prevalencia 1:2.500 RN lisencefalia, paquiria, etc.  
Frecuentemente convulsiones  
Retraso del desarrollo y Discapacidad intelectual de ligera a severa.

### Agenesia cuerpo calloso

Defecto congénito en el cuerpo calloso (la estructura que conecta los dos hemisferios del cerebro) está parcial o completamente ausente. Los efectos del trastorno van desde sutiles o leves a graves, dependiendo de las anomalías cerebrales asociadas

### Microcefalia

Trastorno neurológico en el que la circunferencia de la cabeza es más pequeña que la circunferencia promedio para la edad y el sexo del niño. Puede producir DI, trastornos motores, sensoriales.

### Macrocefalia

Anomalía consistente en un desarrollo excesivo del cráneo. puede estar provocada por la hidrocefalia, que es un aumento anormal de la cantidad de líquido cefalorraquídeo en las cavidades del cerebro. Puede tener asociado DI o trastornos del desarrollo

### Craneosinostosis

Una o más de las suturas se cierran prematuramente. Esto puede limitar el crecimiento de su cerebro o hacer que crezca más lentamente. la mayoría de los bebés con craneosinostosis son sanos. Sin embargo, algunos niños presentan retrasos del desarrollo o discapacidades intelectuales, ya sea porque la craneosinostosis impidió que su cerebro se desarrollara y funcionara normalmente o porque tienen un síndrome genético que lo causó

### Fetopatías tóxicas (gestación)

Prevalencia: 1:600/1000. Efecto alcohol en el feto.  
Retraso en el crecimiento, prematuridad y bajo peso (80-97%)  
Microcefalia (93%)  
Deficiencia cognitiva en grado variable (80-90%)

### Encefalopatía hipóxico isquémica

Disminución aporte oxígeno durante el parto.  
EHI Leve: Déficit neurológico leve o transitorio (6-24% leves retraso psicomotor)  
EHI Moderada mortalidad (3%) minusvalías moderadas/graves  
EHI Severa mortalidad (50-75%) secuelas neurológicas.(retraso motor, alteraciones del tono difíciles de detectar periodo neonatal. Necesidad de un seguimiento evolutivo

### Leucomalacia periventricular

Presencia de pequeños orificios (quistes) en el cerebro debidos a la muerte de pequeñas áreas de tejido cerebral (sust. Blanca) alrededor de las cavidades llenas de líquido del cerebro (ventrículos). Más común en prematuros.  
Trastorno motor crónico  
Posibles déficits sensoriales  
Trastornos en la integración de funciones superiores(integración viso-espacial y de memoria visoconstructiva)

### Hemorragia intraventricular

Sangrado dentro o alrededor de los ventrículos (espacios que contienen el líquido cefalorraquídeo)  
Más común en prematuros con bajo peso (menor 1.500 gr)  
A mayor grado de hemorragia más alteraciones neurológicas. Disfunciones cognitivas verbales, manipulativas, memoria, etc.

## Epilepsia

Enfermedad del sistema nervioso central debida a la aparición de actividad eléctrica anormal en la corteza cerebral.  
Prevalencia: 0,5% de la población infantil  
**Convulsión:** Movimiento involuntario que se origina como consecuencia de una descarga eléctrica en un grupo de neuronas del sistema nervioso central.  
**Crisis:** La descarga eléctrica produce otras manifestaciones no motoras ( sensoriales)  
Convulsiones pueden producir lesión cerebral, a menor edad, mayor es la repercusión cognitiva.  
**Epilepsias benignas** (escasa frecuencia y poco tiempo)  
**Epilepsias graves:** Crisis diarias

## Síndrome de West

Prevalencia: 1:4000. Crisis de 5-10 varias veces al día. Primer año  
Déficit motor, trastornos de conducta y discapacidad intelectual

## Parálisis cerebral infantil

Trastorno permanente del tono muscular y del control motor por una lesión no progresiva del encéfalo inmaduro anterior a la maduración del sistema nerviosos central

50% discapacidad intelectual, en grado variable, dificultades de integración sensorial o epilepsia.

**Pluridiscapacidad:** Confluyen trastornos del desarrollo: motor, cognitivo y/o sensorial. limitado nivel de conciencia, escasa intencionalidad comunicativa, ausencia de habla y graves dificultades motrices.  
El nivel de autonomía, si existe, es muy reducido. Capacidad mínima sensoriomotora. Requieren cuidado de la salud, supervisión y ayuda continua.

## 2.4. Causas multifactoriales

### DI psicosocial

No hay clara afectación neurológica, ni rasgos físicos o clínicos  
Rango de la discapacidad intelectual ligera

**Factores de riesgo:** Acusada deprivación económica.

- Embarazo accidental traumatizante.
- Convivencia conflictiva en el núcleo familiar.
- Padres con deficiencia mental
- Entorno no estimulante
- Alcoholismo/drogadicción.
- Delincuencia/prostitución/encarcelamiento.
- Padres adolescentes.
- Malos tratos.
- Desnutrición ( desde el embarazo)
- Escaso cuidado de la salud
- Sucesos vitales estresantes
- Escaso control de la conducta del niño
- Carencias afectivas

Baja autoestima  
Actitud recelosa y expectante.  
Inhibición  
Dificultades de contacto social  
Alteraciones comunicativas.  
Baja tolerancia a la frustración.  
Problemas de conducta.

**Procesos cognitivos débiles y vulnerables**

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila

## Módulo 3 : El síndrome de Down.

### 3.1. Características del s. Down

#### Tipos:

- . **Simple:** 95% Todas las células trisómicas. No separación de los cromosomas homólogos en el óvulo o el espermatozoide
- . **Translocación:** 3-4%. El óvulo o el espermatozoide aporta un cromosoma 21 y un trozo adherido de otro cromosoma, con frecuencia del 14.
- . **Mosaicismo:** 1-2%. Solo una parte de las células son trisómicas. Se produce después de la primera división celular.

#### Subrayar la condición personal del niño

Por la acción de sus genes

Por efecto del ambiente

**Evitar hiperidentidad**

**Síndrome de Down** Es una anomalía cromosómica en la que los núcleos de las células del organismo tienen 47 cromosomas, en lugar de 46, con una trisomía en el par 21. Este desequilibrio origina modificaciones en el desarrollo y en el funcionamiento de los órganos y sistemas del cuerpo, dando lugar a anomalías con un grado de afectación diferente.

#### Rasgos comunes:

Dr J.L. Down descubrió y agrupó en 1866








- . Un conjunto de rasgos físicos
- . Lentitud y reducción del crecimiento y talla baja.
- . Disminución del tono muscular
- . Lentitud en el desarrollo motor y cognitivo
- . Infecciones recurrentes.
- . Alteraciones orgánicas con mayor o menor intensidad.
- . Discapacidad intelectual.

En 1959 los genetistas M. Gautier, J. Lejeune y P. Jacobs asociaron el síndrome de Down a la trisomía cromosómica en el par 21.

**Prevalencia:** un niño con SD cada 1800 nacimientos (Huete 2016)  
En descenso a causa del diagnóstico prenatal

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Ávila

## Estereotipos

	<b>No es una enfermedad.</b>	→	<ul style="list-style-type: none"><li>. No se puede curar.</li><li>. No hay grados.</li><li>. Si se puede mejorar su calidad de vida</li></ul>
	<b>No hay un techo mental.</b>	→	<ul style="list-style-type: none"><li>. Pueden aprender permanentemente.</li></ul>
	<b>No hay relación entre los rasgos físicos y la capacidad intelectual.</b>	→	<ul style="list-style-type: none"><li>Cuidado con los límites en las expectativas.</li></ul>
	<b>Son muy afectuosos.</b>	→	<ul style="list-style-type: none"><li>Tienen buena capacidad para captar las señales emocionales y la comunicación no verbal. No todos son cariñosos.</li></ul>
	<b>Cabezotas.</b>	→	<ul style="list-style-type: none"><li>. Pensamiento poco flexible pero hay que ayudarles a flexibilizar.</li></ul>
	<b>Tranquilos.</b>	→	<ul style="list-style-type: none"><li>Hiperlaxitud de ligamentos e hipotonía. No siempre unida a poca actividad.</li></ul>
	<b>Necesitan mucho cariño.</b>	→	<ul style="list-style-type: none"><li>Como todos los niños. También necesitan normas.</li></ul>

Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

## Rasgos físicos

### Faciales

- Ojos rasgados.
- Hueso nasal poco desarrolla aspecto plano de la cara.
- Hueso mandíbula pequeño, cavidad bucal pequeña.
- Orejas más pequeñas implantadas más bajas.
- Pliegue epicántico (debajo del ojo).
- Cabeza más pequeña parte posterior aplanada.
- Cuello corto.

### Extremidades

- Piernas y brazos cortos en relación al cuerpo.
- Manos anchas con dedos cortos.
- Dedo meñique más corto con un solo pliegue (displasia de falange media) y se tuerce hacia los demás dedos (clinodactilia).
- Pliegue simio. Pliegue transversal en la palma de una o de las dos manos.
- Los pies anchos con dedos cortos con mayor espacio entre el dedo gordo y los demás .

## Lentitud y reducción del crecimiento corporal

Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

## Características de salud

**Cardiopatías.** Pueden afectar a la calidad de vida.

**Infecciones respiratorias recurrentes.**

**Apneas del sueño.** Afectan al rendimiento.

**Hipoacúsias.** Más frecuentes de conducción, afectan al lenguaje.

**Trastornos de visión.** Miopía, hipermetropía, etc. Afectan al aprendizaje, requieren medidas correctoras.

**Alteraciones tiroideas.** Afectan al comportamiento.

**Celiaquía.**

Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

### Patología cerebral

El cromosoma 21 tiene genes que se expresan con particular intensidad en el sistema nervioso

. **Reducción del volumen** global de los hemisferios cerebrales y cerebelosos, del hipocampo y de ciertas áreas de la corteza prefrontal

. **Disminución del número total de neuronas**, especialmente las granulares.

. **Disminución de las ramificaciones** neuronales y de las espinas dendríticas. Estas carencias en la arborización neuronal afectan a las conexiones sinápticas.

. **Alteraciones en los procesos de migración** de las neuronas en las primeras fases del desarrollo embrionario.

. **Patrones anómalos de actividad nerviosa** en los primeros momentos de la vida que dificultan la formación de conexiones sinápticas.

. **Densidad sináptica reducida** en ciertas áreas del cerebro.

. **Alteraciones del proceso de mielinización** .

. **Disminución del área de contacto sináptico.**

. **Diferencias en la concentración de algunos neurotransmisores.**

. **Acortamiento en la duración del potencial de acción** relacionado con modificaciones en las corrientes de potasio.

No hay una lesión única y claramente localizada sino alteraciones difusamente distribuidas que afectan con intensidad variable.

**Obstáculos de transmisión sináptica.**

**Mayor lentitud en procesar y transmitir la información (aférente y eferente)**

Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

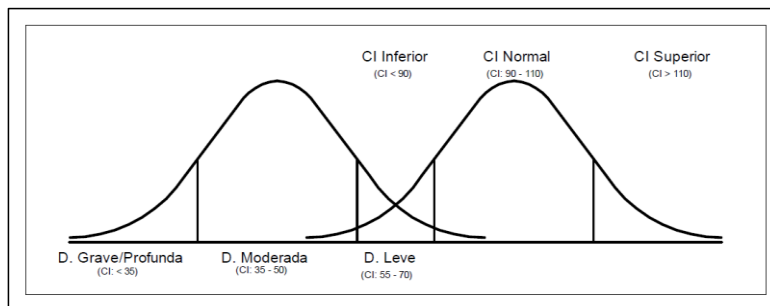
## Inteligencia

Constructo difícilmente definible. Se entiende como la capacidad de razonar, conceptualizar o utilizar operaciones lógicas, tal y como miden los test de inteligencia.

integrado por distintos componentes y procesos (Arraiz Molina 2002). Para que se produzca el aprendizaje es necesario que el sujeto vaya accediendo a distintas habilidades o dominando las distintas funciones cognitivas.

## Inteligencia

## Potencial de aprendizaje



-CI moderado (51,9%) Ligero( 29,6%) grave ( 14,8%)

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila

## Puntos fuertes de su perfil de aprendizaje

**Imitación**

**Mediación, modelado**

**Mayor potencial visual que auditivo**

**Apoyos visuales**

**Memoria procedimental**

**Práctica de conductas**

**Sensibilidad social**

**Vínculo**

**Perfil de aprendizaje específico que requiere una intervención educativa apropiada a sus características.**

**Destacando siempre la variabilidad individual.**

**Comparar su evolución consigo mismo en un momento anterior no con otros niños de su edad ni con SD**

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila

# Necesidades del niño con SD.

**Lentitud.** Requiere gestionar tiempos

**Obstinación.** Paciencia

**Dif. Atención auditiva.** Uso vía visual

**D. Comunicación.** Requiere ajustes O SAAC

**Estilo de aprendizaje diferente.** Requiere estrategias diferentes

**Diferentes capacidades.** Individualización

Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

## 3.2. Propuestas de acción

**Flexibilidad** - Programación, evaluación, espacios, materiales.  
- Agrupamientos. Creatividad en las actividades,

### Mediación

Hay-Wood 1997

- Comunicar entusiasmo por el aprendizaje. Motivar y reforzar al niño.
- Potenciar el proceso no el resultado.
- Concienciar al alumno de sus propios procesos cognitivos. Exigir el porqué.
- Relacionar unos aprendizajes con otros. Poner ejemplos..
- Corregir respuestas incorrectas aceptando sus respuestas.

### Cooperación

- Familia-Escuela. (agendas, fichas de seguimiento...)
- Trabajo en equipo de los profesionales. (dos profesionales en el aula)
- Papel de los iguales como mediadores y como modelos. (A. Por observación)
- Uso del modelado y la imitación.

### Funcionalidad

- Aprendizajes útiles aplicables a la vida diaria. Marcar prioridades.
- Evitar activismo estéril. Hacer para estar entretenido.
- Usar materiales acordes a sus necesidades, no tienen porqué ser iguales.
- Anticipar aprendizajes en situación individual para generalizar después

### Autonomía

- Potenciar la autonomía. Trabajo sin supervisión. Andamiar, ir retirando

### Tiempo

- Aumentar los tiempos de atención. Disminuir los tiempos de respuesta.

### Práctica

- Repetición de tareas. Aplicación a distintas situaciones.
- Descomposición en pasos. Moldeamiento

Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

**Comunicación**- Sencillos, acordes con su capacidad, sin ironías. Despacio.  
- Enseñanza explícita: explicar cosas que pueden parecer innecesarias.

**Apoyos  
visuales**

- Uso de imágenes, gestos.
- Manipular, experimentar con los materiales, no priorizar lo oral.
- Ubicarlo bien para facilitar su atención.
- Proponerle estímulos atractivos (uso de TICS)

**Empatía**

- Transmitir afecto y confianza en el niño.
- Creer en sus posibilidades.

**Cultura  
logro**

- Buscar competencias o puntos fuertes.
- Objetivos concretos y muy operativos que permitan observar cambios.
- Expectativas ajustadas para asegurar la motivación.

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila

## Módulo 4 : Evaluación de la discapacidad cognitiva.

### Diversidad

#### Variabilidad individual

Normalidad



Discapacidad  
intelectual

Puede variar

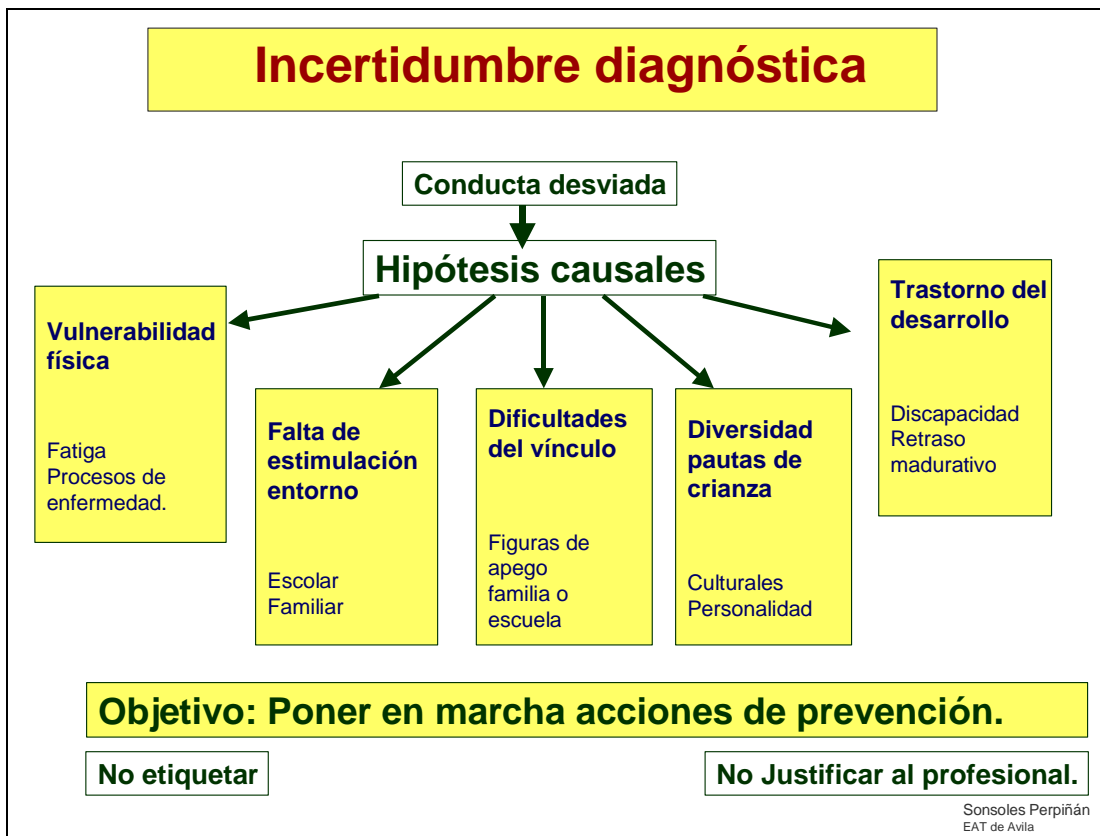
**Características de la cta:** Intensidad, frecuencia, duración

**Edad del alumno**

**Visión del adulto:** Formación, permisividad, edad, valores...

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila





## 4.1.- Signos de alerta

**Período perinatal:** convulsiones, apneas, irritabilidad, microcefalia, hipotonía, contacto pobre, problemas succión o deglución.

Indicadores de desarrollo		Edades de referencia			Percepción-cognición Signos de alerta
		0-18 m	18-36 m	3-6 A.	
Exploración Contexto.	<b>Patrones búsqueda</b> . Respuestas sensoriales. . Permanencia objeto. . Fijación imágenes.				. Ausencia reacciones visual o auditiva. . Desconexión . Ausencia de patrones de búsqueda. . Exploración poco detallada de objetos o situaciones . . Ausencia permanencia objeto. . Dificultades de discriminación visual o auditiva. . No fijación imágenes . Hipersensibilidad sensorial.
	<b>Flexibilidad</b> Interés por objetos. Experimentación				
	<b>Anticipación Actos intencionales</b>				
Respuesta a estímulos	<b>Reflejos</b>				. Ausencia reflejos (0-3 meses) . Permanencia de los reflejos ( después 4º mes) . Pobre control cefálico. (3-6 meses) . Llanto intenso. (3-6 meses) . Hipotonía o hipertonía. . Problemas severos de succión o deglucion. . No mueve las manos o los pies. . Pobre respuesta a estímulos visuales o auditivos. . No mantiene las manos dentro de su campo visual (3-6 meses) . Ojos en posición asimétrica; Estrabismo fijo convergente o nistagmus. . Persistencia de algunas conductas; Mirarse las manos, llevarse objetos a la boca, tirar objetos) . Excesiva tranquilidad. . Respuestas poco elaboradas
	<b>Patrón motor.</b>				

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila

# Percepción-cognición

Indicadores de desarrollo	Edades de referencia			Signos de alerta	
	0-18 m	18-36 m	3-6 A.		
<b>Atención.</b>	Compartida. Mirada Sostenida.				<ul style="list-style-type: none"> <li>. Ausencia de respuesta al adulto o respuesta pobre.</li> <li>. Escaso interés por el entorno.</li> <li>. Fijación por detalles poco relevantes</li> <li>. Ausencia atención compartida.</li> <li>. Impulsividad. Inquietud.</li> <li>. Déficit de atención. Atención muy selectiva.</li> </ul>
<b>Imitación.</b>	Inmediata. Diferida.				<ul style="list-style-type: none"> <li>. Ausencia de imitación. O pobre imitación</li> <li>. Retraso en la imitación de gestos</li> </ul>
<b>Juego</b>	Sensoriomotor.				<ul style="list-style-type: none"> <li>. Juego sensoriomotor ritualizado.</li> </ul>
	Simbólico.		24 m.		<ul style="list-style-type: none"> <li>. Ausencia de juego simbólico.</li> <li>. No hace uso simbólico de los objetos</li> <li>. Pobre estructuración juego.</li> </ul>
<b>Generalización</b>	Situaciones diversas Aplicación aprendizajes				<ul style="list-style-type: none"> <li>. No repite habilidades en situaciones diversas.</li> <li>. No aplica estrategias a situaciones nuevas.</li> </ul>
<b>Lenguaje</b>	Comprensión.				<ul style="list-style-type: none"> <li>. Dificultades comprensión de órdenes</li> </ul>
	Expresión.				<ul style="list-style-type: none"> <li>. Retraso adquisición lenguaje oral.</li> <li>. Dificultades para describir objetos o imagen.</li> <li>. Dificultades para relatar hechos siguiendo una secuencia.</li> </ul>

Sonsolés Perpiñán  
EAT de Avila

## 4.2.- Instrumentos de cribado.

**¿Qué son?:** cuestionarios o listas de chequeo que facilitan la observación y seguimiento del desarrollo con el objetivo de detectar algún tipo de retraso o trastorno en el desarrollo infantil. Otros son listados de síntomas o conductas que han manifestado evidencias de relacionarse con trastornos diagnosticados.

No existe un test de cribado que nos identifique un problema en el desarrollo con un 99,9% de éxito, ni probablemente existirá. Instrumentos que se basan fundamentalmente en la observación de conductas

### Tipos de sistemas de cribado

Sociedad de Neurología Infantil (Filipek *et al.* 2000),  
Instituto de Salud Carlos III (Muñoz Yunta *et al.* 2006)

#### Nivel I

. **Objetivo:** Vigilancia del desarrollo

- . Aplicación universal
- . Educadores, pediatras o padres.
- . Retraso hitos evolutivos.
- . Observación profesional acompañada de lista de chequeo

- . PEDS
- . Denver
- . Haizea Ilevant
- . ASQ 3
- . Screening Battelle
- . Screening Bayley
- . SDPTD

#### Nivel II

. **Objetivo:** Identificar riesgo de una patología concreta.

- . Aplicación casos de riesgo
- . Educadores, pediatras o padres con asesoramiento profesional.
- . Utilizadas como parte de la evaluación inicial en el proceso diagnóstico a

- . M Chat
- . Detección TEA Riviere
- . SNAP-IV
- . EDAH

#### Nivel III

. **Objetivo:** Evaluación diagnóstica

- . Aplicación trastorno o riesgo
- . Profesionales con entrenamiento
- . Escalas de desarrollo
- . Forma breve o screening

- . Bayley
- . Brunet-Lezine
- . Currículo Carolina
- . PICET
- . Secadas
- . Battelle
- . Utziris y Hunt
- . WPPSI
- . Acacia, Idea...ESDM Denver

Sonsolés Perpiñán  
EAT de Avila

## PEDS (Glascoe, 1998).

EDADES: 0-8 AÑOS	RESPONDEN: Padres	ITEMS: 10	TIEMPO: 5 min.
AREAS: Todas			

## DENVER (Frankenburg et al.1971)

EDADES: 0-6 AÑOS	RESPONDEN: Pediatra / Educador	ITEMS: 125	TIEMPO: 20-30 min.
AREAS: motora, adaptativa, personal-social ,lenguaje			

## Haizea-Llevant (Estudio Haizea, Programa Llevant 1991)

EDADES: 0-5 AÑOS	RESPONDEN: Pediatra / Educador	ITEMS: 97	TIEMPO: 20-30 min.
AREAS: Socialización,Lenguaje/lógica, manipulación, postural			

## ASQ-3 (Squires et al. 1998).

EDADES: 0-66 meses	RESPONDEN: Padres/ Educador	ITEMS: 21 cuestionarios
TIEMPO: 20-30 min.	AREAS: lenguaje, socio-emocional, motricidad y cognición	

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila

## BATTELLE Screening (Newborg, 2005).

EDADES: 0-8 AÑOS	RESPONDEN: Profesionales	ITEMS: 100
TIEMPO: 20 min.	AREAS: Todas	

## BAYLEY Screening (Bayley, N. 2006).

EDADES: 0-42 meses	RESPONDEN: Profesionales	ITEMS: Series de 6 en cada área
TIEMPO: 15-25 min.	AREAS:Funciones neurológicas básicas. Funciones receptivas. Funciones expresivas (orales y motrices) Procesos cognitivos	

## SDPTD (Alcantud, F. Y Cols 2015). <http://acceso.uv.es/ProyectoC/>

EDADES: 3-36 meses	RESPONDEN: Padres / Educador	ITEMS: 97	TIEMPO: 20-30 min.
AREAS: 7 escalas (11 – 23 items). Motora, socioemocional, comunicativa, cognitiva			

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila

### 4.3.- Pruebas diagnósticas.

**Escalas de desarrollo infantil** (Bayley, Brunet Lezine, Picet, Secadas, Currículo Carolina...)

**WPPSI IV:** escala de inteligencia para infantil y primaria. 4-6 años. I

**MSCA,** escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad para niños 2,5 años verbal, perceptivo-manipulativa, memoria, motricidad, general cognitiva.

**Leiter-R:** cociente intelectual no verbal. 0-18 años

**Escala Vineland** de conducta adaptativa. 0-8 años

**Battelle:** Inventario de desarrollo

#### Observación signos de alarma.

##### Determinación de las características de las conductas observadas:

- Intensidad.
- Duración.
- Frecuencia.
- Momentos en que se produce.

Evolución de las conductas a lo largo de un período de tiempo .

Contraste con otros profesionales y con la familia.

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila

## Evaluación: Valoración diagnóstica

### Dificultades

Necesidad de implicación de educadores y padres.

Manifestaciones diferentes según el momento y el contexto. Proceso.

Situaciones de juego poco estructuradas. Siguiendo los intereses del niño.

Los instrumentos no siempre responden a las necesidades. Cualitativos.

Dificultades para conocer la etiología y los pronósticos.

Primer diagnóstico: incertidumbre.

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila

## PRINCIPIOS DE LA EVALUACIÓN:

### **FUNCIONAL : ¿Para qué?:**

Evaluar lo pertinente a las decisiones.  
Garantizar la motivación del niño.

### **GLOBAL: Aborda distintos Aspectos**

Cualitativa. Dirigida a la intervención  
Relación distintos aspectos desarrollo

### **INVESTIGADORA: Hipótesis a verificar.**

Múltiples variables intervinientes.  
Valor del error. Revisión continua

### **CONTEXTUALIZADA: Ámbitos**

Evaluar los contextos del niño  
Evaluar en situación natural ( Juego)

### **FLEXIBLE: Desechar ideas preconcebidas:**

Adecuación a las características y  
Necesidades: Instrumentos, situación...

### **CORRESPONSABILIZADA:**

Validar la información de otros agentes  
Dar papel activo a la familia y escuela  
Compartir un sistema de atribuciones.

### **LONGITUDINAL: Continua**

Necesidad de muchas sesiones  
Proceso evaluación-intervención  
Interrelacionado.

### **MULTIDISCIPLINAR:**

Compartir información con otros  
Miembros del equipo.  
Asumir papeles de otros perfiles.

## Módulo 5 : Programas de AT para niños con discapacidad cognitiva.

### **Hemos recorrido un largo camino**

**Evidencia empírica.**(Connolly y cols 1993; Candel 1993; Guralnick 2000)

**Definición de marcos conceptuales (L.B)**

**Red de centros de AT. (Distinta titularidad)**

**Formación de los profesionales. (Posgrados)**

**Desarrollo de normativas. (Prestación básica)**

**Hemos aprendido a intervenir con el niño  
Se nos han abierto muchos interrogantes**



**El desarrollo se produce a través de la interacción.**



Importancia de los intercambios comunicativos con los adultos que configuran sus entornos naturales.



**El vínculo afectivo es el motor del desarrollo.**



Importancia de fortalecer la relación afectiva con sus figuras de referencia.



**Los aprendizajes adquieren significación en el contexto natural.**



Importancia de ofrecer al niño entornos ricos y posibilidades para experimentar y generalizar.



**Cada contexto es diferente. cada familia y cada escuela.**



Flexibilizar estrategias para responder a las necesidades de cada entorno.



**Cuidadores habituales**

**Padres**

**Educadores De la E. Infantil**

Pasan la mayor parte del tiempo con el niño.

Establecen los vínculos afectivos más estables.

Proporcionan estabilidad a la intervención. Permanecen .

Potencian la generalización de los aprendizajes de unos ámbitos a otros.

Construyen el ámbito estimular donde el niño se desenvuelve:

**Objetos  
Ambiente físico  
Clima emocional**

## Retos de futuro

Familia

Escuela Infantil

Coordinación interinstitucional

**Implicar e incluir a los entornos naturales.**

## Giro en la perspectiva

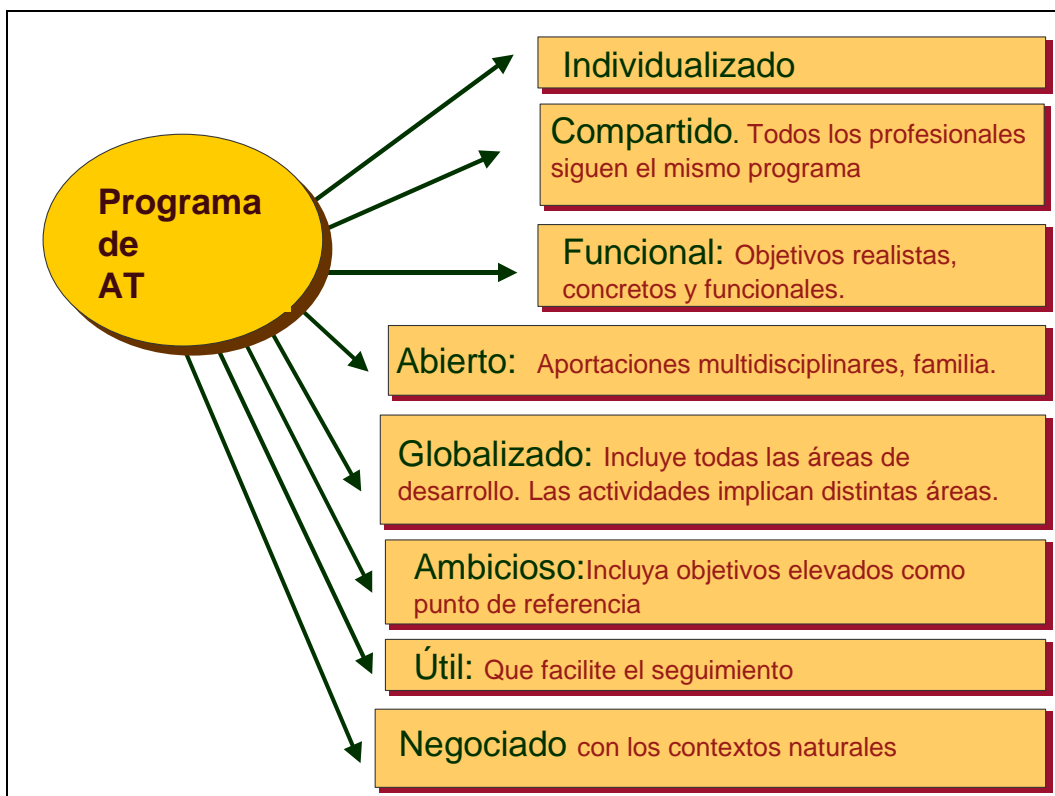
Expertos en desarrollo e intervención

Técnicas de asesoramiento

Papel de mediadores entre los sistemas

Sonsoles Perpiñán Guerras  
Equipo de Atención Temprana de Avila

### 5.1.- Intervención con el niño.





### Programa de intervención

- Programa es individualizado.
- Responde a las necesidades del niño.
- Objetivos muy concretos fácilmente evaluables.
- Incardinado con la programación de aula.
- Común a todos los profesionales. Incluya la familia.
- Visión global de todas las áreas aunque ordenemos los objetivos en torno a distintas áreas de desarrollo ,ejes,rutinas,etc. para facilitar la evaluación.
- Formato que facilite el seguimiento.

## Áreas del programa de AT

### Motricidad gruesa

Control postural  
Desplazamientos  
Equilibrio  
Tono  
Coordinación  
Ritmo  
E.Corporal

### Percepción-cognición

Percepción sensorial  
Atención  
Simbolización  
Ctas cognitivas  
Manipulación  
Conceptos  
Prelectura  
Lógica matemática

### Comunicación

Prerrequisitos  
Intención  
Comunicativa  
Comprensión  
Expresión

**Hábitos**  
Alimentación  
Aseo  
C.esfínteres  
R. Social



# Intervención con el niño ¿cómo?

**Actividades funcionales y significativas.**

**Abordaje globalizador.**

**Responder a los intereses del niño.**

**Intervención a través del juego..**

**Evitar prejuicios respecto a sus posibilidades.**

**Importancia de los intercambios comunicativos.**

**Especial relevancia al vínculo afectivo..**

**Respetar sus tiempos.**

Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

## Programa de intervención

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN			
NOMBRE: XXXXXXXXXXXX		CURSO: 08-09	
AULA: 2-3 AÑOS			
<b>EJE: NOS MOVEMOS.</b>	<b>EJE: CONOCEMOS.</b>	<b>EJE: NOS COMUNICAMOS</b>	<b>EJE: CRECEMOS.</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Control postural</li><li>- Desplazamientos</li><li>- Coordinación dinámica</li><li>- Equilibrio.</li><li>- Ritmo</li><li>- Esquema corporal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Manipulación.   Prensión   Precisión   Pregrafismo.</li><li>- Percepción   Estimulación visual   Táctil</li><li>- Conductas cognitivas   Asociación   Permanencia del objeto   Medios-fines   Conductas exploratorias</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Intención comunicativa</li><li>- Comprensión:</li><li>- Expresión</li><li>- Percepción auditiva</li><li>- Motricidad bucofacial.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Alimentación .</li><li>- Aseo</li><li>- Vestido</li><li>- Control de esfínteres</li><li>- Socialización.</li></ul>

EQUIPO DE ATENCIÓN TEMPRANA DE EDUCACIÓN DE AVILA

Concreción de objetivos a trabajar con el niño en torno a ejes, áreas, rutinas, etc. con una temporalización concreta y unos momentos de revisión, asignación de los distintos aspectos a trabajar entre los distintos implicados.

Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

<b>PROGRAMA DE INTERVENCIÓN</b>						
<b>Nombre:</b>	<b>Temporalización</b>					
<b>AREA: Motricidad gruesa: Control postural</b>						
Objetivo	Seguimiento 1	Seguimiento 2	Seguimiento 3	Seguimiento 4	Seguimiento 5	Seguimiento 6
<b>Sedestación:</b> . Posición correcta.  . Agacharse y recuperar sedestación.  . Manipulación con ambas manos.  . Reacciones de apoyo lateral.  <b>Rodillas:</b> . Mantenerse con tronco erguido  . Manipular en esta postura.  <b>Bipedestación:</b> . Con apoyo dorsal.  . Con apoyo frontal  . Cambio de carga						

Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

## Ficha de seguimiento Profesionales

<b>FICHA DE SEGUIMIENTO INDIVIDUAL 3</b>												
<b>NOMBRE:</b> xxxxxxxxxxxx						<b>PERIODO:</b> xxxxxxxx						
<b>ASPECTOS A TRABAJAR</b>												
<b>P C O</b>	Mirar imágenes											
	Buscar un objeto que desaparece											
	Mantener la atención en una tarea.											
	Juego simbólico con el coche.											
<b>M A N I</b>	Descubrir el lugar de procedencia de un sonido.											
	Disociación del Índice.											
	Abrir –cerrar manos.											
	Coger objetos pequeños de distintas superficies.											
	Coger objetos con ambas manos.											
	Soltar ante la orden DAME											
<b>G E S</b>	Sacar y meter objetos en un recipiente											
	Sacar y meter Donuts											
	Tortitas.											
	Pajaritos.											
<b>M O T R</b>	Gordito											
	Auto de papá.											
	Disminuir tiempo en sitting											
	Tolerar tiempos en bumbo											
	Mejorar sedestación en suelo											
	Mantener rodillas con tronco erguido.											
<b>C O M U N I C</b>	Bipedestación con apoyos.											
	Cambio postural : Sitting a rodillas											
	Gateo: Alternancia correcta											
	Marcha lateral con apoyo a ambos lados.											
	Marcha frontal con andador											
	Prestar atención a la música y moverse al escucharla.											
	Discriminar sonidos: Perro vaca.											
	Reproducir sonidos.											
	COMPRENSIÓN Y EXPRESIÓN (señalización en el tablero) Personas: <b>Mayca y Ángela</b> ;											
	Objetos: <b>Coche y pelota</b> ; Animales: <b>Vaca perro</b> , Partes del cuerpo: <b>Mano</b>											
Comprender el NO												
Realizar órdenes sencillas: <b>Dame, mira ven</b>												
Comprensión: Meter –sacar, abrir y cerrar ( mano)												
Usar Si, No gestual												
Usar <b>Adios</b>												

Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

## PROGRAMA DE ATENCIÓN TEMPRANA

Pág 1

NOMBRE:

CURSO: 2018- 2019

AULA:

Entrada/salida	Juego libre	Juego dirigido	Cambio	Recreo	Comedor	Siesta

Sonsoles Perpiñán  
EAT Ávila

### ÁREAS DE DESARROLLO QUE TIENE QUE INCLUIR UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN TEMPRANA

Sonsoles Perpiñán EAT Ávila

Nos movemos	Conocemos	Nos comunicamos	Crecemos		
Control postural	Percepción	Intención comunicativa	Rutinas		
				Conductas cognitivas básicas	
					Motricidad Fonooarticulat.
Manipulación					
	Comprensión				
		Expresión			
			Aseo		
Alimentación					
	Control de esfínteres				
		Equilibrio			
			Ritmo		
Esquema corporal					
	Atención				
		Juego simbólico			
			Resolución problemas		
Atención					
	Compartida Sostenida				
		Planificación			
			Descentración		
Uso simbólico de los objetos					
	Uso funcional				
		Función imperativa:			
			Señalar		
Pedir con gesto, palabra					
	Funciones: Declarativa				
		Interrogativa, autorreguladora.			
			Mantenerse en una postura o tarea		
Flexibilidad cambios					
	Recoger				
		Guardar sus cosas			
			Anticipar rutinas.		
Conocer sus objetos					
	Abrigo				
		Percha			
			Cajón...		
Colaborar vestido					
	Subir/bajar pantalón...				
		Ponerse/quitarse prendas			
			Abrigo		
Otras prendas					
	Aceptar lavado				
		Lavado de manos:			
			Coger jabón		
Frotarse manos					
	Aclarar manos				
		Secarse manos			
			Lavado cara		
Aseo cuerpo.					
	Identificación necesidad lavarse				
		Masticación			
			Texturas diferentes		
Variedad de alimentos					
	Postura				
		Uso cubiertos			
			Uso vaso		
Uso servilleta					
	Aceptar orinal				
		Hacer pis/caca (ornal/water)			
			Quitar pañal		
Pedir Pis					
	Uso autónomo water				



**Percepción**

**Conductas cognitivas básicas**

**Anticipación**

**Manipulación**

**Atención**

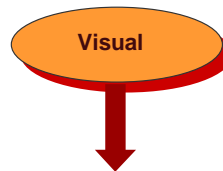
**Imitación**

**Comparación**

**Simbolización**

**Resolución de problemas**

# Percepción



- . Orientación visual. Búsqueda, fijación, alternancia mirada.
- . Seguimiento est. en movimiento: Dirección, velocidad
- . Discriminación visual: Objetos, imágenes



- . Orientación auditiva: Búsqueda, fijación, alternancia.
- . Seguimiento auditivo.
- . Discriminación auditiva.



- . Olores
- . sabores.

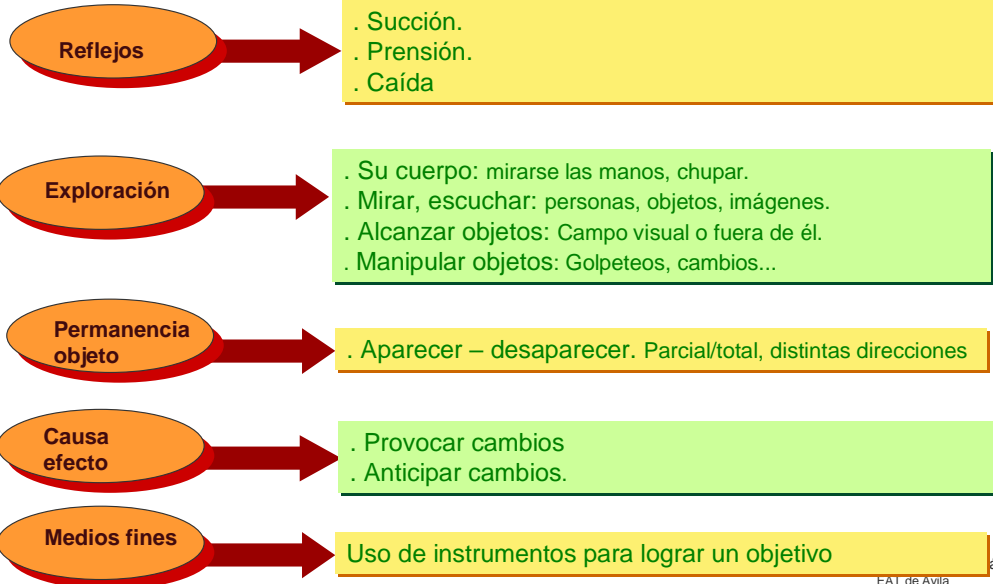


- . Texturas
- . Temperaturas.
- . Presión.
- . Postura y movimiento

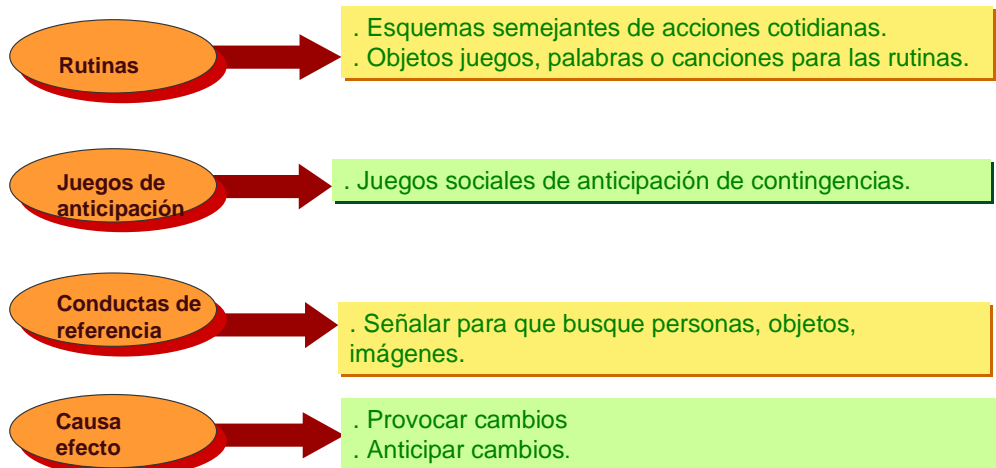


- . Balanceos.
- . Caída.
- . Ritmo/contraste/simetría.

# Conductas cognitivas básicas



# Anticipación



# Manipulación

## Prensión

- . Coger soltar: Prensión: Reflejo/prensión voluntaria.  
Tipo de prensión Palmar, radio palmar, pinza  
Dirección: Línea media, ángulos, superficie  
Mantener objeto, soltar voluntariamente
- Coordinación bimanual: Una mano/dos.  
Pasar de una a otra.  
Uso como soporte.
- Pinza
- Disociación dedos.

## Precisión

- . Meter/sacar
- . Abrir/cerrar
- . Construcciones
- . Ensartado
- . Encajes / puzzles.
- . Pinchitos
- . Gomets
- . Plastilina
- . Rasgado/recortado,...

## Pregrafismo

- . Prensión instrumento, fuerza
- . Uso otra mano soporte
- . Garabato
- . Imitación trazos
- . Dibujo simbólico .

# Atención

## Atención compartida

- . Contacto ocular. Alternar mirada actividad- adulto
- . Rutinas interactivas.
- . Toma de turnos

## Atención sostenida

- . Regulación de tiempos.
- . Aumento progresivo de los tiempos de atención.

# Imitación

## Inmediata

- . Gestos
- . Sonidos
- . Acciones
- . Palabras

## Diferida

- . Acciones.
- . Expresiones verbales.

# Comparación

## Asociación

- . Elementos iguales: Objetos  
Imágenes
- . Elementos parecidos.
- . Elementos relacionados. (categorías)

## Clasificación

- . Criterio de clasificación: Uso, características del objeto...
- . Cantidad de criterio: 1 criterio o varios.
- . Ordenamiento según criterio: Tamaño, cantidad, tiempo...
- . Seriaciones.

## Conceptos

- . Características de los objetos: Forma, tamaño ,color.
- . Relaciones: espaciales, temporales
- . Cantidad.

Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

# Simbolización

## Planificación

- . Imitación diferida
- . Secuencia de juego: Cantidad de acciones encadenadas

## Descentración

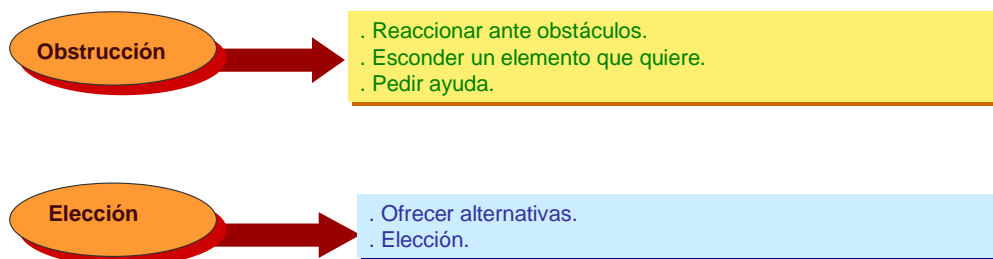
- . Juego dirigido a uno mismo.
- . Juego dirigido a un solo personaje o agente
- . Juego dirigido a más de un agentes.
- . Interacción entre los agentes del juego.

## Uso de los objetos

- . Uso función propia del objeto.
- . Uso con diferente función.

Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

# Resolución de problemas



Sonsoles Perpián  
EAT de Avila

# Estrategias

- ➔ Regular la intensidad. Evitar la sobreestimulación.
- ➔ Controlar el estado de atención del niño.
- ➔ Reducir distracciones.
- ➔ Introducir pausas.
- ➔ Observar las reacciones del niño.
- ➔ Reducir progresivamente la ayuda.
  
- ➔ Reforzar. Ofrecer respuestas contingentes
- ➔ Acompañar siempre: Hablarle, cantar...mirarle y sonreír. Estar presente.
- ➔ Introducir progresivamente novedades. Combinar lo nuevo con lo conocido (Objetos, acciones)

EAT de Avila Perpián



## 5.2.- Intervención con la familia.

### “Padres, educadores constituyen un equipo”.

Compartimos el objetivo.

Miramos en la misma dirección.

Cada uno desde su rol.

¿para qué?

- 😊 **Acompañar.** No invadir. Evitar el aislamiento, ofrecer apoyo emocional. Escuchar.
- 😊 **Incluir:** Participar en las decisiones, compartir información, generar competencia.
- 😊 **Fortalecer:** Generar competencia reforzar, atribuir logros, validar sus actuaciones.
- 😊 **Reducir la incertidumbre:** Informar, asesorar en la toma de decisiones.
- 😊 **Crear equipo:** Validar la acción de otros, mostrar que pasa en la EEII

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila

## Modelo de entornos competentes.



Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila

## Modelo de entornos competentes

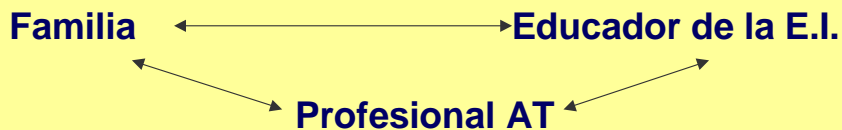
### Sistema de atribuciones

Conjunto de ideas , constructos , creencias o modelos mentales que construye el individuo a partir de su experiencia que le sirven para interpretar los acontecimientos y poder preverlos.

### Percepción de autocompetencia

Concepción que los implicados en el proceso (padres- educadores profesionales) tienen de si mismos respecto a la capacidad de atender y responder adecuadamente a las necesidades especiales del niño con trastornos del desarrollo o riesgo.

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila



### Corresponsabilización

Sistema atribuciones compartido

Discapacidad

Intervención

Institución

Expectativas compartidas

- . Coordinación de objetivos a trabajar en distintos ámbitos
- . Ajuste de expectativas mutuas
- . Distribución de papeles
- . Evitación del sentimiento de aislamiento
- . Clima de seguridad

Percepción de autocompetencia

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila

# Intervención en el contexto ¿cómo?

**Incidiendo en lo positivo.**

**Definiendo un modelo de relación.**

**Favoreciendo la información bidireccional.**

**Colaborando en la toma de decisiones.**

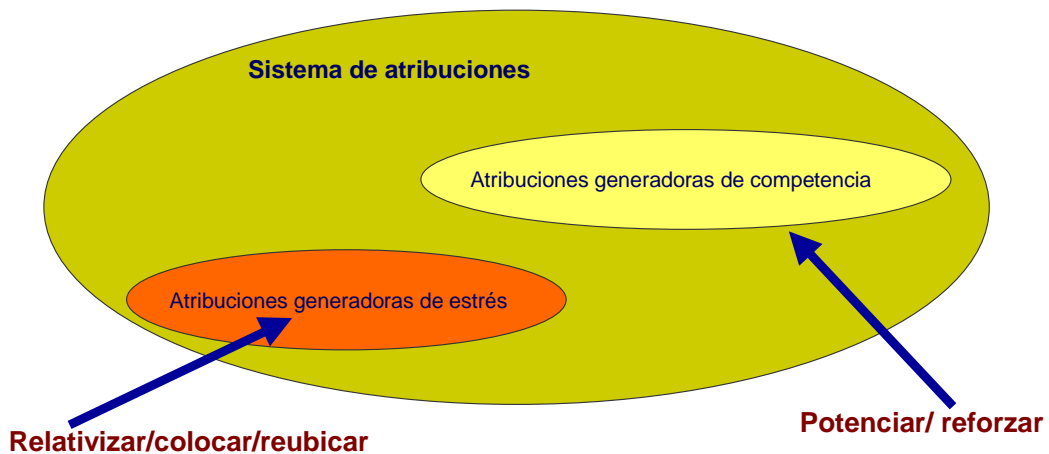
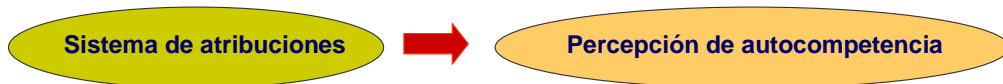
**Fomentando actitudes de disponibilidad .**

**Estableciendo una distancia emocional ajustada.**

**Sistematizando la Intervención.**

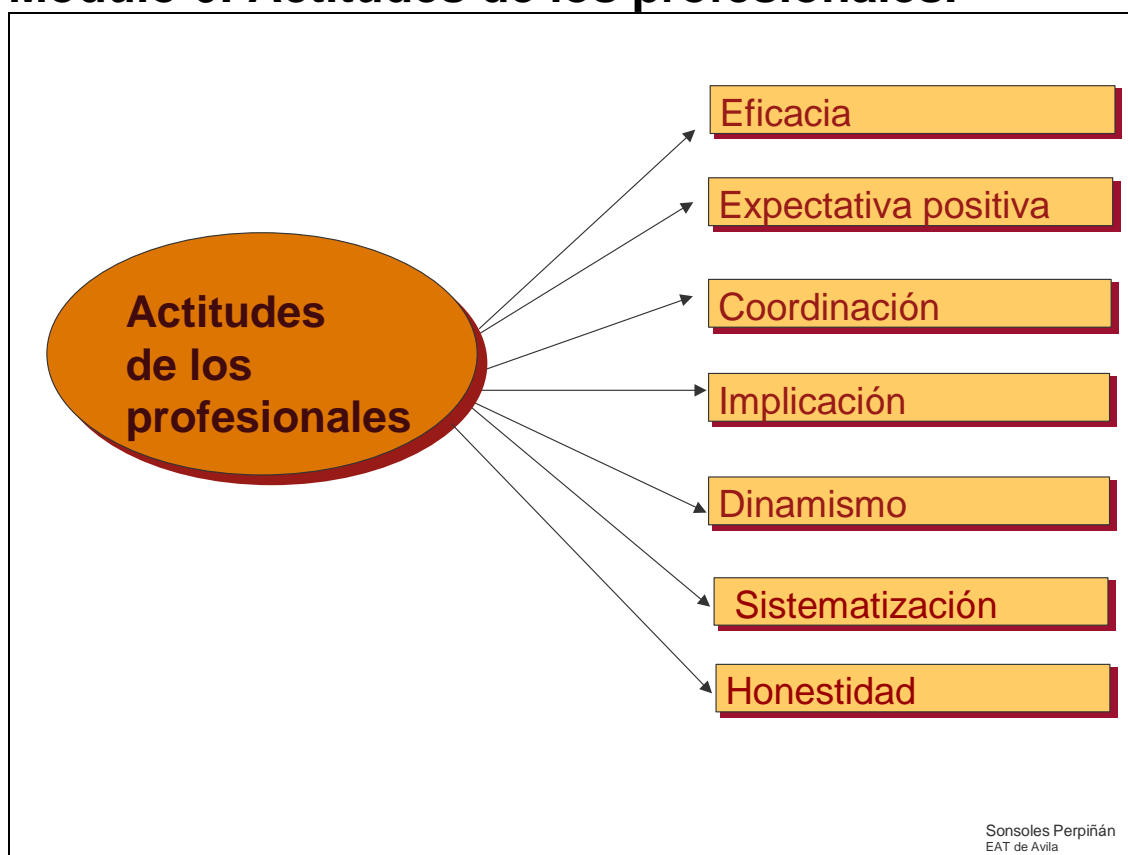
**Favoreciendo proceso de evaluación continua.**

Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila



Sonsoles Perpiñán  
EAT de Avila

## Módulo 6: Actitudes de los profesionales.



## BIBLIOGRAFÍA

Alves, A. (2002). *El Lenguaje y la comunicación en el niño con Síndrome de Down*. En Molina S. (coord..) *Psicopedagogía del niño con Síndrome de Down* (pp 135-172. Granada. Ariel.

Arraiz, A. Y Molina, S. (2002); *Desarrollo cognitivo y procesamiento de la información en las personas con Síndrome de Down*. En Molina S. (dir) *psicopedagogía del niño con Síndrome de Down*. Granada. Ariel.

Arranz, P. (2002): *Evaluación de las representaciones mentales del profesorado con respecto al Síndrome de Down: propuestas para un cambio en los modelos de formación*. En Molina S. (dir) *psicopedagogía del niño con Síndrome de Down*. Granada. Ariel.

Buckley, S. (1995) *Aprendizaje de la lectura como enseñanza del lenguaje en niños con Síndrome de Down: resultados y significado teórico*. En J. Perera (dir): *Síndrome de Down. Aspectos específicos*. Barcelona. Masson

Candel, I.(2003) *Atención Temprana. Niños con SD y otros problemas del desarrollo*. Madrid. FEISD

Candel, I. (1.993) *programa de atención temprana. Intervención en niños con Síndrome de Down*. Madrid. CEPE.

Cunningham C. (1.990) *El Síndrome de Down. Una introducción para padres*. Barcelona. Paidós.

Chapman, R. S. y Hesketh, L. J. (2000) *Fenotipo conductual de las personas con Síndrome de Down*. *Revista Síndrome de Down*, 17, 3, pp 66-79.

Confederación Española de Organizaciones a favor de las personas con Discapacidad Intelectual (2001) *Atención Temprana. Orientaciones para la calidad. Manuales de buena práctica*. Madrid FEAPS.

Cunningham, C. Davis H. (1.985). *Trabajar con padres, marcos de colaboración* Madrid Siglo XXI.

Cunningham, C. (1.995) *El Síndrome de Down. Una introducción para padres*. Barcelona. Paidós.

De Linares, C y Pérez López J. (2006) *Programas de intervención familiar*. En J. Pérez (Coord) Manual de Atención Temprana. ( pp 354- 365) Madrid. Pirámide.

Down España (2010) *Programa Español de salud para personas con Síndrome de Down*. Ed. Down España.

Flórez, J. (1999). *Patología cerebral y sus repercusiones cognitivas en el síndrome de Down*. Revista Siglo Cero, vol. 30, 3: 29-45.

Flórez, J. (2003). *Genes y cerebro en el síndrome de Down*.  
[http://www.down21.org/salud/neruobiologia/Genes\\_cerebro.htm](http://www.down21.org/salud/neruobiologia/Genes_cerebro.htm)

Flórez, J. (1995). *Patología cerebral en el Síndrome de Down: aprendizaje y conducta*. En Perera, J. (Dir.), Síndrome de Down: Aspectos específicos (29-51). Barcelona. Masson.

Flórez, J. (1991). *Patología cerebral y aprendizaje en el síndrome de Down*. En Flórez, J y Troncoso, M.V. (dirs.); Síndrome de Down y Educación (37-60). Barcelona:

Fuertes, J. Y Palmero J. ( 1995) *Intervención temprana* en M.A. Verdugo ( Dir) Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras . Madrid: Siglo XXI.

Giné C. Y cols.(2010). *La Atención Temprana. Un compromiso con la infancia y sus familias*. Barcelona UOC.

Giné C. Gràcia M. Vilaseca R. García Díe M.T. (2006). *Repensar la Atención Temprana: propuestas para un desarrollo futuro*. Infancia y Aprendizaje 29(3) pp 297-313.

Grupo de Atención Temprana (GAT). (2000) *Libro blanco de la Atención Temprana*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real patronato sobre discapacidad.

Grupo de Atención Temprana GAT. (2005)*Recomendaciones técnicas para el Desarrollo de la Atención Temprana*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales Real Patronato sobre Discapacidad.

Grupo de Atención Temprana (GAT) (2011) *La primera noticia* . Madrid Real Patronato sobre Discapacidad. .

GAT (2011). *Guía del desarrollo infantil desde el nacimientos hasta los 6 años*. Madrid Real Patronato sobre Discapacidad. (2011) <http://www.gat-atenciontemprana.org/>

Gijón, A. (1998). *Evaluación de la integración en España de alumnos con Síndrome de Down*. Revista Down nº 8

Gutiez P (2005).*Atención Temprana. Prevención, detección e intervención en el desarrollo(0-6 años) y sus alteraciones*. Madrid.Editorial Complutense.

Mendieta García, P. García Sánchez, F.A. *Modelo integral de intervención en Atención Temprana: organización y coordinación de servicio*. Siglo cero, 29.

Molina, S. Y Arraiz, A. (1993) *Procesos y estrategias cognitivas en niños deficientes mentales* . Madrid. Pirámide.

- Millá, M.G. (2006) *La calidad en los servicios de Atención Temprana: Una propuesta de futuro*. En Pérez López J. (coord) *Manual de Atención Temprana*. (pp 370-380) Madrid: Pirámide.
- Millá G. Mulas, F. (2005) *Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención*. Valencia Promolibro.
- Navarro Góngora, J. (1.998) *Familias con personas discapacitadas*. Salamanca. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.
- Navarro Góngora J. (1.999) *¿Qué podemos hacer? Preguntas y respuestas para familias con un hijo con discapacidad*. Salamanca. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Junta de Castilla y León.
- Navarro, F. y Candel, I. (1992): *Un programa de lenguaje – lectura para niños con síndrome de Down*. En I. Candel y A. Turpin (dirs.): *Síndrome de Down. Integración escolar y laboral*. Murcia. Assido. –
- Pallás, C. , De la Cruz , J. Y Medina, M.C. (2000) *Apoyo al desarrollo de los niños nacidos demasiado pequeños, demasiado pronto*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a personas con Minusvalía. Documentos 56/2000.
- Pérez López J. , Brito de la Nuez A. ( 2006) *Manual de Atención Temprana*. Madrid: Pirámide.
- Perpiñán, S. (2003) *La intervención con familias en los programas de Atención Temprana*. En Candel I ( Dir) *Atención temprana. Niños con Síndrome de Down y otros problemas de desarrollo*. (pp 57-80) Madrid: Feisd.
- Perpiñán, S. (2003) *Generando entornos competentes*. Revista de Atención Temprana. Vol 6 nº1. (pp 11-17) Murcia: Atemp.
- Perpiñán, S. (2009) *Atención Temprana y familia. Cómo intervenir creando entornos competentes*. Madrid. Narcea .
- Perpiñán, S. (2013) *La salud emocional en la infancia: Componentes y estrategias de intervención en la escuela*. . Madrid. Narcea.
- Perpiñán, S. (2018) *Tengo un alumno con síndrome de Down”. Estrategias de intervención educativa*. Madrid. Narcea .
- Peterander, F. Speck, O., y Bernard, T. ( 1993) *Les tendencias actuales de lintervención precoce en Europe*. Munchen.
- Ponte, J., Cardama, J. Arlanzón, J.L. Belda, J.C. González, T, y Vived E. . *Guía de estándares de calidad en Atención Temprana*. IMSERSO.
- RNAT Down España.(2012). *Atención Temprana: Bases para un modelo de intervención familiar. Modelo de Atención Temprana*. Madrid. Down España
- Ruiz, E. (2012). *Programación educativa para escolares con Síndrome de Down*. Santander. Fundación Iberoamericana. Down 21.
- Troncoso, M.V. (2003). *La evolución del niño con síndrome de Down: de 3 a 12 años*. Rev. Síndrome Down, vol. 20, 2: 55-59
- Troncoso, M.V. , Flórez, J. Y Dierssen, M. (1996) *Síndrome de Down: Biología, desarrollo y educación*. Barcelona. Ed. Masson S.A. y Fund. Síndrome de Down de Cantabria.
- Vived, E. (2003) *Características cognitivas y de aprendizaje en niños con Síndrome de Down, Implicaciones educativas*. En *Educación para la vida*. FEISD. Córdoba.