

Tema 1. Introducción.

Bibliografía:

- Gutiérrez Cuevas, P (2005): *Atención Temprana: prevención, detección e intervención en el desarrollo (0-6 años) y sus alteraciones*. Ed. Complutense, Madrid.
- Marchesi, A. y Martín, E. (1999). Del lenguaje del trastorno a las necesidades educativas especiales. En A. Marchesi, C. Coll y J. Palacios (comps.). *Desarrollo psicológico y educación 3. Necesidades educativas especiales y aprendizaje escolar*. Madrid, Alianza
- Equipo de Atención Temprana (2000). *El libro blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato de Prevención y de Atención a personas con minusvalía, Madrid.
- Orden de 20 de Enero de 2003, del departamento de salud, consumo y asuntos sociales, por la que se regula el programa de atención temprana en la comunidad autónoma de Aragón.
- FEAPS, (2008). *Guía de orientación y sensibilización sobre Desarrollo Infantil y Atención Temprana para Pediatras*. Murcia.

Contenido

1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Trastornos del Desarrollo?.....	2
2. Detección de los problemas evolutivos:	3
a) Señales de alerta o alarma del desarrollo.....	4
• Señales de alerta	9
b) Instrumentos de detección	15
3. Niveles diagnósticos en los trastornos del desarrollo.....	16
a) Ámbitos del diagnóstico.....	17
b) Niveles del diagnóstico.....	17
4. Atención Temprana:.....	18
a) Objetivos de la Atención Temprana:.....	19
b) Principios básicos que rigen las intervenciones.....	19
c) Niveles de intervención en Atención Temprana:.....	19
5. Afrontamiento familiar de los trastornos del desarrollo	22
a) El papel de los padres en el desarrollo de su hijo	23
b) Necesidades de las familias.....	24

c) Orientación y apoyo familiar	26
6. La inclusión en la escuela de los niños con Trastornos del Desarrollo	29
a) La respuesta a la diversidad desde la escuela	29

1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Trastornos del Desarrollo?

Desarrollo Infantil: progresiva adquisición de funciones tan importantes como el control postural, la autonomía de desplazamiento, la comunicación, el lenguaje verbal, y la interacción social. Favorece cambios que conllevan **formas nuevas y mejoradas de reaccionar** mediante conductas más adaptativas, más saludables, complejas, organizadas competentes y estables.

- Ligada a:
 - Proceso de maduración del sistema nervioso.
 - Organización emocional y mental.

Trastornos del desarrollo: desviación significativa del curso del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación que comprometen la evolución biológica, psicológica y social.

Hablamos, por lo tanto, de alteraciones en el curso normal del desarrollo infantil que pueden afectar a las diferentes áreas del mismo:

- Trastornos o alteraciones en el desarrollo cognitivo (discapacidad intelectual, altas capacidades)
- Trastornos en el desarrollo motriz (discapacidad motórica)
- Trastornos en el desarrollo del lenguaje.
- Trastornos en el desarrollo sensorial (discapacidad auditiva y visual)
- Trastornos en la conducta (TDAH)
- Trastornos del espectro autista.

Como características comunes a todos los trastornos incluidos bajo el epígrafe trastornos del desarrollo encontramos que (Luque, 2003):

- Se originan en la infancia o adolescencia.
- Suponen dificultades en las capacidades, habilidades o conocimientos de una persona.
- Para una correcta actuación psicológico-educativa orientada a su adaptación social, se requiere adoptar recursos o apoyos extraordinarios.

Los manuales internacionales de diagnóstico DSM-5 (APA, 2013) y CIE-11 (OMS, 2022) definen y describen los trastornos del desarrollo como un grupo de condiciones:

- Cuyas manifestaciones se inician en el periodo del desarrollo temprano (a menudo antes de que el niño ingrese en la escuela).

Trastornos del desarrollo.

Tema 1: Introducción.

- Son de etiología compleja, desconocida en muchos casos, y se caracterizan por deficiencias en el desarrollo o diferencias en los procesos cerebrales que producen deficiencias en el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional.
- La gama de deficiencias o diferencias en el desarrollo varía desde limitaciones muy específicas, hasta deficiencias globales. Tanto la presencia de limitaciones específicas como globales, requiere de la presencia de síntomas y una función alterada para poder ser codificado de diagnóstico de trastorno del desarrollo.

Es precisamente este último aspecto el que diferencia un trastorno del desarrollo de un retraso en el desarrollo (también llamado retraso madurativo). En el retraso madurativo el desarrollo evolutivo sigue su curso normal, aunque de un modo más enlentecido y generalmente el progreso del niño le permitirá normalizarse. Sobre todo, si se detecta a tiempo y se trata con una estimulación adecuada. Se trataría por lo tanto de un problema “temporal”. En el caso de un trastorno en el desarrollo esto no sucede así, y las dificultades pueden perdurar un largo tiempo existiendo una alteración significativa en el curso del desarrollo del niño, y no solo una adquisición más lenta de los hitos de desarrollo.

En muchas ocasiones se puede encontrar la etiqueta de retraso madurativo como un diagnóstico inicial, pero luego con el paso de los años ésta puede evolucionar a un trastorno del desarrollo en función a la evolución del niño. Es decir, en ocasiones, se espera a la observación de la evolución del niño y su respuesta al tratamiento ofrecido antes de establecer un diagnóstico de trastorno del desarrollo.

1.1. Factores de riesgo:

El desarrollo infantil es fruto de la interacción:

- La base genética.
- Los factores ambientales: de orden biológico, psicológico y social.
 - o De orden biológico: el mantenimiento de la homeostasis, estado de salud, ausencia de factores de agresión al SN...., condiciones necesarias para una adecuada maduración.
 - o De orden psicológico y social: la interacción del niño con su entorno, los vínculos afectivos que establece a partir del afecto y estabilidad en los cuidados que recibe, la percepción de cuanto le rodea (personas, imágenes, sonidos, movimiento...).

a) Factores de riesgo de orden biológico:

Situaciones pre, peri y postnatales que pueden alterar el proceso madurativo: Alteraciones genéticas, prematuridad, bajo peso al nacer, anoxia...

b) Riesgos psico-sociales:

Acusada deprivación económica, embarazo accidental traumatizante, convivencia conflictiva en el núcleo familiar, separación traumatizante en el núcleo familiar, padres con bajo CI, entorno no estimulante, enfermedades graves, alcoholismo y drogadicción, delincuencia, encarcelamiento, malos tratos infantiles...

2. Detección de los problemas evolutivos:

La detección temprana es imprescindible para el diagnóstico y la atención terapéutica. Así como para poder incidir en una etapa en la que la plasticidad del sistema nervioso es mayor y las posibilidades terapéuticas muestran su mayor eficacia.

Por lo general **los padres** son los primeros en sospechar un problema en el desarrollo del niño. La edad promedio en que los padres realizan la primera **consulta a su pediatra** es alrededor de los 22 / 24 meses.

En esa primera consulta a la mayoría se les indica que deben esperar, que posiblemente sólo se trate de un desarrollo más lento en comparación con los niños de la misma edad. Muchas veces los padres deben insistir, presionar y hacer un largo recorrido para que los niños sean derivados y evaluados en servicios especializados. Distintas investigaciones señalan que una evaluación completa y orientación para la familia no se consigue hasta los 4 y 6 años.

La dificultad en el reconocimiento oportuno de los problemas del desarrollo obedece a varios factores:

- Algunos pediatras no utilizan instrumentos estandarizados para evaluar el desarrollo infantil.
- Otro obstáculo es la formación. En la universidad el médico recibe muy poca instrucción en problemas del desarrollo y en la administración de tests de screening del desarrollo psicomotor.
- Las tendencias banalizadoras o contemporalizadoras que dejan en manos del "ya se le pasará" la responsabilidad terapéutica ante problemas que bien merecen una atención y evaluación serias.
- Las tendencias reduccionistas, que llevan a interpretar incorrectamente numerosos comportamientos atípicos de los niños, al atribuirlos de forma exclusiva a deficiencias o inadecuaciones educativas de los padres o por el contrario, a factores físicos o biológicos aislados.
- El temor o la resistencia a iniciar un proceso diagnóstico y terapéutico para evitar "etiquetar" de forma precoz, aun reconociendo la existencia de "problemas".
- El desconocimiento u olvido de la existencia de problemas relacionales e interaccionales precoces y la negación del sufrimiento psíquico del niño.
- La necesidad de creación de programas específicos de detección y eliminación de las condiciones de riesgo.

En muchas ocasiones serán los **maestros**, en las distintas etapas de Educación Infantil, quienes detecten los síntomas fundamentales de alguno de los síndromes considerados como trastornos del desarrollo. Esto es así por diversos motivos:

- Muchos síntomas pueden considerarse signos de retrasos madurativos leves durante los primeros años de vida.
- Pueden pasar inadvertidos a las valoraciones del pediatra.
- Los padres pueden desconocer el desarrollo normal del bebé y, por lo tanto, no ser conscientes de las anomalías que presentan sus hijos.

Existe gran cantidad de trabajos de investigación científica que señalan la importancia fundamental de la detección oportuna de los trastornos del desarrollo porque permite poner rápidamente en marcha dispositivos de intervención temprana que han demostrado ser muy efectivos en lograr que niños con dificultades logren su máximo potencial.

a) Señales de alerta o alarma del desarrollo:

Para poder apreciar alteraciones en el desarrollo del niño, siempre es imprescindible tener presente las pautas evolutivas normalizadas que sigue el niño sano. Dichas pautas evolutivas han de darnos las pistas necesarias para detectar posibles alteraciones en el desarrollo del niño.

DESARROLLO NORMAL DEL NIÑO (0-3 AÑOS)¹			
	POSTURAL	VISIÓN/AUDICIÓN/PRENSIÓN	ACTITUD
NEONATO	<p>Cabeza-Tronco.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Hipotonía. * Tracción: La cabeza cae masivamente hacia atrás. <p>Miembros</p> <ul style="list-style-type: none"> *Supino: Patrón flexor de los miembros, no puede extender. *Prono: Posición fetal. Reptación refleja, Rodillas bajo el vientre, pelvis elevada y cabeza apoyada sobre un costado (no puede levantarla). Reflejos. *Exaltación no constante de reflejos tónicos y posturales. *Reflejo de Moro. *Reflejo de succión y búsqueda. *Marcha automática. *Grasping. *Reflejo de talón plantar (enderezamiento) 	<ul style="list-style-type: none"> *Fijación de la mirada (en un foco luminoso o en el rostro), pero visión confusa: Visualmente los neonatos prefieren estímulos redondeados, móviles, moderadamente brillantes, con elementos abultados, parámetros todos ellos que definen las caras humanas. * La percepción auditiva provoca respuesta motora refleja: <i>Auditivamente los neonatos prefieren estímulos de la longitud y frecuencia de onda que caracterizan a la voz humana.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> * Ajuste fisiológico con el medio. * Llanto para comunicar sus Necesidades. * Temblor * Estadio intermedio entre sueño y vigilia <p>Con su limitada capacidad de coordinación motora, se ha observado que los bebés producen respuestas como la imitación neonatal de patrones como abrir la boca o sacar la lengua, o movimientos de apertura y cierre de manos a los objetos interesantes (respuestas débiles que pueden no ser visibles funcionalmente).</p>

¹ Extraído de: "GUÍA DE ORIENTACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SOBRE DESARROLLO INFANTIL Y ATENCIÓN TEMPRANA PARA PEDIATRÍA". FEAPS, Murcia. 2008.

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

<p>1 MES</p>	<p>Cabeza-Tronco. * Tracción: La cabeza cae masivamente hacia atrás ante la maniobra de tracción delantera desde supino.</p> <p>Miembros * Supino: Flexión de miembros con menor rigidez que en la etapa evolutiva anterior. * Prono: No coloca las rodillas bajo el vientre, la pelvis está elevada. Eleva la cabeza de vez en cuando y la gira. Persiste reptación automática.</p> <p>Reflejos * Persisten los mismos.</p>	<p>* Fijación visual en el rostro humano cercano (contrastes). * Seguimiento visual 90º de un objeto grande colocado cerca. * Reflejo cocleoparpebral.</p>	
<p>2 MESES</p>	<p>Cabeza-Tronco * Tracción: La cabeza cae todavía hacia atrás. * Sedestación: La cabeza se mantiene derecha durante un instante y vacila. Espalda débil.</p> <p>Miembros * Supino: Flexión/Semiflexión de miembros. Pataleo alternante primitivo. * Prono: Se apoya en antebrazos y puede levantar la cabeza hasta 45º del plano. Miembros inferiores en semiflexión.</p> <p>Reflejos * Persisten, no tan exaltados.</p>	<p>* Fija la mirada preferentemente en los ojos del rostro adulto. * Seguimiento visual de 180º. * Grasping más discreto, las manos están frecuentemente abiertas.</p>	

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

<p>3 MESES</p>	<p>POSTURAL Cabeza-Tronco * Sedestación: Cabeza erguida, nuca y espalda sólidas, zona lumbar débil Miembros * Supino: Miembros inferiores en flexión o semiflexión (talón en el plano) * Prono: La pelvis se apoya en el plano, los muslos en extensión. Con apoyo en antebrazos, eleva la cabeza de 45 a 90º Reflejos * Desaparecen los reflejos tónicos, extensores y de marcha automática * Moro débil * Permanecen reflejos de prensión</p>	<p>* Reconoce rasgos faciales ordenados del rostro humano. * Seguimiento visual y auditivo con giro completo de cabeza * Le interesa su cuerpo, se “mira las manos”. * Prensión al contacto (“toca una taza”) * Sonrisa social * Percepción de contingencias (juegos circulares de interacción) con gestos y movimientos (no memoria)</p>	
<p>4 MESES</p>	<p>Cabeza-Tronco * Tracción: La cabeza alineada al tronco Miembros * Supino: Apoyo de pelvis, Postura simétrica. Planta de los pies en el plano. Pataleo voluntario. * Prono: Apoyo en codos, eleva la cabeza 90º. Movimientos natatorios (flexión y extensión de miembros sin elevación del plano). Traspasa peso (gira sobre un costado). Reflejos. * Desaparecen los reflejos primitivos. * Succión voluntaria. * Landau (inicio). * Reflejo laberíntico de enderezamiento.</p>	<p>* El bebé es capaz de “alcanzar” algo con la vista antes de poder hacerlo con la mano. Percibe según el volumen (una bolita no, un cubo sí). * Ve detalles. * Se coge las manos, juega con sus dedos, las chupa. * Inicio de prensión cuando localiza el objeto visualmente o por contacto (prensión en marcha). * Pierde el objeto a menudo. * Preferencia por una postura incorporada, es más que un triunfo postural, es la ampliación del horizonte, una nueva orientación social. * Se interesa por los rostros, sonríe. * Emite sonidos guturales. De los 4 a los 8 meses el bebé desarrolla la CAPACIDAD DE ANTICIPACION y reconocimiento que permiten constituir y fortalecer vínculos estables con las figuras de apego. A los 4 meses reconocen visualmente a los figuras de crianza, y progresivamente irán expresando un apego creciente, por ejemplo, a los 5-6 meses levantará los brazos cuando le va a tomar una figura conocida (competencia creciente de anticipación).</p>	
<p>5 MESES</p>	<p>Cabeza-Tronco. * Tracción: El niño</p>	<p>* Prensión voluntaria, aún imprecisa. * Se lleva el objeto a la boca.</p>	

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

	<p>participa activamente en el movimiento.</p> <p>* Bipedestación: Soporta gran parte del peso de su cuerpo.</p> <p>Miembros.</p> <p>* Supino: Movimiento de pedaleo.</p> <p>* Prono: Antebrazos hiperextendidos. Manos planas en el suelo. Apoyándose en el tórax el niño hace el "avión".</p>		
6 MESES	<p>Cabeza-Tronco.</p> <p>* Bipedestación: Salta, se agacha (estadio del saltador)</p> <p>* Cambios posturales: Volteo de prono a supino</p> <p>Miembros</p> <p>* Supino: Eleva cabeza y hombros del plano</p> <p>Juego con sus pies (retroversión pélvica)</p> <p>* Prono: Se eleva apoyándose en sus manos (la foca)</p> <p>Puede liberarse de una mano para coger objetos.</p>	<p>* Presión global voluntaria con funcionalidad.</p> <p>* Mantiene un objeto en cada mano, si desaparecen no los busca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambia las cosas de mano 	
7 MESES	<p>Cabeza-Tronco.</p> <p>* Sedestación: Con muy poco apoyo.</p> <p>* Bipedestación: Le gusta esta postura, salta, se agacha.</p> <p>* Cambios posturales: Volteo completo.</p> <p>Miembros.</p> <p>* Supino: Juego con sus pies, se los chupa. Fin de la progresión céfalo-caudal.</p> <p>* Prono: Libera una mano para coger un objeto.</p> <p>Inicio de rastreo con miembros superiores.</p> <p>Reflejos.</p> <p>* Paracaídas anterior, apoya sus manos, toca sus rodillas.</p>	<p>* Visualmente inspecciona los objetos, ojos y manos funcionan en estrecha interacción. Le agradan los rostros infantiles por su gran expresividad.</p> <p>* Pinza inferior (coge una bolita).</p> <p>* Dominio de la bilateralidad: se cambia las cosas de mano, mira el objeto, lo gira, lo chupa (conducta manipulativa perceptual).</p> <p>* Ha descubierto su cuerpo y sus posibilidades.</p> <p>* Juega con sus sonidos. Cadenas silábicas.</p> <p>* Conoce la figura materna y responde a sus "fiestas", no le importan los extraños mientras no defrauden sus expectativas.</p> <p>* Se entretiene solo ya que está dotado de un notable dominio de ojos, cabeza, boca, brazos y manos.</p>	
8 MESES	<p>Cabeza-Tronco.</p> <p>* Sedestación: Sin apoyo.</p> <p>* Cambios posturales: - Destreza en el volteo. - Paso de supino a sedestación (sedestación oblicua).</p>	<p>* Presión: oposición del pulgar, inicio de pinza. Suelta un objeto para coger el que aparece. Juega a tirar los objetos.</p> <p>* Temor ante lo desconocido y alivio y bienestar en los momentos de reencuentro con el objeto de apego.</p> <p>* Conducta comunicativa (8-12 meses), son pautas deliberadas de relación que se realizan mediante signos. Por ejemplo, el niño de 1 año que levanta los brazos y vocaliza cuando su madre pasa a su lado para que lo tome, se está comunicando (la conducta tiene un fin, es</p>	

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

	<ul style="list-style-type: none"> * Postura del oso. * Rastreo. Reflejos. * Paracaídas lateral y posterior. * Reacciones de equilibrio. 	<p>intencionada, y se realiza por medio de signos: brazos y sonido).</p> <p style="text-align: center;">DE CUATRO A OCHO MESES SE HA PRODUCIDO UN JUEGO MANIPULATIVO</p>
9 MESES	<p>Cabeza-Tronco.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Gateo (inicialmente hacia atrás). * Sedestación: Lordosis lumbar. * Cambios posturales: <ul style="list-style-type: none"> - Paso de sedestación a gateo. - Paso de gateo a bipedestación con apoyo (de pie unos instantes). * Bipedestación: Se mantiene de pie unos instantes, con apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> * Pinza digital. * Simetría perfecta. * Uso de medios (“tira de la anilla por medio de la cinta”) * Ofrece un objeto
10 MESES	<p>Cabeza-Tronco.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Intolerancia a la postura horizontal. * Gateo coordinado. * Cambios posturales: Paso a bipedestación y marcha en rastreo vertical. * Con apoyo se agacha a coger un objeto. 	<ul style="list-style-type: none"> * Emplea la zona más distal de los dedos en la pinza digital. Especialización de los dedos del lado radial: pulgar e índice. * Explora con el dedo índice. Comienza a señalar. * Sacar y meter objetos de recipientes. * Se interesa más por objetos pequeños que grandes. Diferencia el detalle del todo. * Uso de medios auxiliares. * Inicia el "beber" solo. * Protodeclarativos y protoimperativos. * Primeras articulaciones en la vocalización (mayor destreza en labios, lengua, musculatura facial junto con la facultad imitativa). * Sigue comprendiendo mejor el tono que las palabras. Responde a su nombre, entiende el NO. * El bebé está adaptado a la rutina cotidiana: sueño nocturno, dos siestas, cuatro tomas, acepta sólido. * Le gustan las relaciones sociales, las busca y mantiene mediante las “gracias” infantiles.
12-14 MESES	<p>Cabeza-Tronco.</p> <ul style="list-style-type: none"> * Puede agacharse a coger un objeto del suelo. * Desplazamientos: Gateo. Postura del oso. En bipedestación, con apoyo en muebles. En bipedestación llevándole de las manos y posteriormente de una sola mano. * Paso de gateo a bipedestación 	<ul style="list-style-type: none"> * Domina la prensión (pinza digital precisa en objetos pequeños), inicia el intento de hacer torres. * Aparece la conducta de lanzar (coordinación flexo-extensora). * Utiliza de 5 a 10 palabras con referencia. <p style="text-align: center;">DE NUEVE A QUINCE MESES SE REALIZA EL JUEGO EXPLORATORIO con las siguientes adquisiciones: motricidad fina, permanencia del objeto, uso de medios auxiliares, diferenciación continente/contenido.</p>
15-18 MESES	<ul style="list-style-type: none"> * Marcha autónoma: Inicio de carrera (miembros muy separados). * Sube escaleras gateando; luego con 	<ul style="list-style-type: none"> * Prensión fina (introducir bolitas en boca estrecha)(2). * Torres de 2-3 cubos. * Percibe formas geométricas (círculo). * Pasa páginas (varias o gruesas). * Comienza a reconocer dibujos (18 meses). * Coordinación ojo-mano (comer, imitar un trazo con diferencia al

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

	<p>apoyo. * Puede ponerse de pie sin apoyo. * Le gusta <i>tirar</i> de un objeto mientras se desplaza, patear la pelota, lanzarla... en lugar de <i>empujar</i> él el objeto.</p>	<p>garabateo). * Juego funcional (de los 16 a los 24 meses) * Primeras frases y negaciones. Se expresa con ademanes. Repite por imitación vocalizaciones. * Utiliza el “dame” y “toma” como un juego social. Le gusta hacer recados más como funcionalidad motriz que como satisfacción social. * Comienza a reclamar lo “mío”, por una distinción intuitiva entre “tu” y “yo”. * Se quita alguna prenda muy sencilla. Utiliza torpemente la cuchara. * Le desagradan los cambios repentinos, su oposición más que agresiva es autoconservadora, su psicología exige más transiciones graduales y moderadas. Muestra un negativismo más evolutivo que funcional.</p> <p>18 meses: noción de objeto permanente, aunque el niño no sabe que tiene esta noción</p> <p>El JUEGO FUNCIONAL que ahora se inicia se manifiesta en: actividades de construcciones (1º en vertical, 2º en horizontal y por último mixta), simbolismo básico (1º objeto real, 2º foto, 3º dibujo y 4º pictogramas), reconocimiento del esquema corporal (1º el mismo, 2º en el otro y 3º en gráficos) y la imitación retardada.</p>
<p>2-3 AÑOS</p>	<p>* Sube escaleras solo y las baja primero sentándose en cada escalón o gateando hacia atrás, después lo hará de pie. * Salta sobre los dos pies. * Baila. * Trepa. * Se lava y seca las manos solo. * Come sin derramar comida (coordinación madura). * Pedalea. * Pata coja. * Quita y pone prendas de vestir (le interesan los abotonamientos). * Control de esfínteres. * Lenguaje: Comunicación. Vocabulario de unas 200 palabras como mínimo, suelen ser nombres, personas, acciones. Los adverbios, adjetivos y preposiciones son minoría. Los pronombres mío, mi, tú y yo se incorporan por ese orden. El niño se llama a sí mismo por su nombre. Se produce un soliloquio para practicar la articulación (canturreo, le gusta el ritmo-estribillo de canciones). Le agrada escuchar discursos, cuentos, lo incorpora a su lenguaje. * Encajes (todos, ya que percibe formas). Torres de seis cubos o más. Maniobras horizontales: imita trazos horizontales, construye trenes (al que luego -30 meses- le colocará chimenea) y por último puentes. * Abstracción. * Control esfinteriano.</p> <p>DESDE LOS 24 MESES SE INICIA EL DENOMINADO JUEGO SIMBÓLICO Y SERÁ DESPUÉS DE LOS 3 AÑOS CUANDO SE INSTAURE EL JUEGO SOCIAL.</p>	

• **Señales de alerta:**

Como se indica en el Libro Blanco de Atención Primaria (2000, pp:28), un adecuado seguimiento evolutivo de la población infantil en general debería conducir a una adecuada detección de los trastornos del desarrollo, al poner en evidencia signos y desviaciones en el desarrollo que permiten la identificación de los correspondientes trastornos en los primeros años:

- a) Durante *el primer año* se podrán diagnosticar la mayoría de los trastornos más graves del desarrollo: formas severas y medias de parálisis cerebral, de retraso mental y déficits sensoriales.

- b) A lo largo del *segundo año*, pueden detectarse las formas moderadas o leves de los trastornos anteriores, así como los correspondientes al espectro autista.
- c) Entre los *dos y los cuatro años* se van a poner de manifiesto los trastornos y retrasos del lenguaje. Los trastornos motrices menores y los de conducta, a menudo ya presentes en etapas previas, se hacen más evidentes y se constituyen en motivo de consulta.
- d) *A partir de los 5 años* se hacen evidentes en la escuela, si no se han detectado previamente como es posible y deseable, la deficiencia mental leve, las disfunciones motoras finas, las dispraxias, etc., al ocasionar dificultades en los aprendizajes escolares.
- e) Ya desde los primeros meses y a lo largo de los primeros años, es posible la aparición de alteraciones emocionales y relacionales, así como disfunciones interactivas precoces, que a menudo se expresan a través de alteraciones psicósomáticas en el ámbito del sueño y la alimentación.

A continuación, nos detendremos en algunos signos, observables en el niño su conducta, que podrían servirnos como señal para alertarnos sobre un desarrollo que pudiera no ir avanzando de acuerdo a pautas evolutivas normalizadas. **Es importante señalar que en los signos de alerta que vamos a ir señalando para cada franja de edad ya se ha considerado un margen temporal evolutivo.**

Es decir, no decimos cuándo evolutivamente es esperable la adquisición o la conducta en el niño, sino que, teniendo ya en cuenta el intervalo amplio en el que aún podría ser normal la aparición de esa adquisición o conducta, indicamos cuándo su presencia o ausencia en el niño es señal de que algo puede ir mal en su desarrollo.

Por tanto, la **acumulación de dos o más de ellas en cualquier periodo evolutivo o la persistencia en uno de esos periodos de algún signo propuesto para un periodo evolutivo anterior**, debe considerarse suficiente para requerir la derivación del niño a profesionales de Atención Temprana y solicitar su evaluación más exhaustiva.

Etapas prenatales:

- Presencia de una alteración que con seguridad conducirá a un trastorno en el desarrollo y/o discapacidad posterior: espina bífida, cromosomopatía, focomielia, etc.
- Características o circunstancias presentes en el feto o en la madre, que se asocian con frecuencia a alteraciones en el desarrollo: determinadas alteraciones estructurales del sistema nervioso central, infecciones maternas, etc.
- Condiciones de elevado riesgo biológico: antecedentes familiares, edad o factores de salud maternos, condiciones del embarazo, etc.

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

- Condiciones de elevado riesgo psico-afectivo y social: madre adolescente, enfermedad mental de los padres, escasos recursos familiares, familias multiproblemáticas, etc.

Primer mes de vida:

- *Anomalías en los reflejos.*
 - o Exaltación o ausencia de reflejos primarios, por ejemplo, del Reflejo de Moro, del reflejo de retirada en miembros inferiores, ausencia de flexión fisiológica...
- *Ausencia en la respuesta global corporal al sonido.*
 - o Ante la aparición de sonidos, el niño no demuestra su percepción con movimientos corporales.
- *Problemas de incoordinación succión-deglución.*
 - o Dificultad para la alimentación por tener alteradas las funciones de succión, deglución o la coordinación entre ambas.
- *Irritabilidad constante.*
 - o Estado de irritabilidad permanente con llanto, quejido, hipertonía, imposibilidad de calmarse, de conciliar el sueño...

2-3 meses:

- *No fija la mirada y no sigue objetos (90°).*
 - o No fija la mirada en el rostro, da la impresión de ausencia de visión, no localiza un estímulo que se ha movido (dentro de su campo visual) un recorrido de unos 20-30 centímetros.
- *No reacciona al sonido.*
 - o Permanece sin reaccionar ante el sonido, como ya ocurría en el primer mes.
- *No se tranquiliza con la acción de la madre, sin existir un problema fisiológico que justifique el estado de irritabilidad.*
 - o Persiste el estado de irritabilidad mantenido, sin calmarse ante ninguna maniobra o actividad que realice la madre (la cual ya debe ser conocedora, a esta edad del niño, de cómo satisfacer las necesidades de su hijo).
- *Alteraciones en el tono muscular (hipotonía grave, asimetrías...).*
 - o Tono muscular alterado. Por ejemplo, una hipotonía que impide al niño colaborar mínimamente en la maniobra de tracción de tumbado a sentado, cayendo la cabeza masivamente hacia detrás; o por el contrario, hipertonía que provoca que, ante un estímulo o manipulación del niño, se percibe rigidez en las extremidades inferiores o en los hombros. En cualquier caso, siempre que aparezca una asimetría en los movimientos o el tono muscular imperante en un hemicuerpo.

4-6 meses:

- *No manifiesta sonrisa social.*
 - El niño no sonríe cuando se le habla directamente (es decir, habiéndose establecido contacto visual) con entonación e inflexiones de voz adecuadas.
- *No orienta la mirada hacia la voz de la madre o el objeto-persona que se encuentra en su campo visual (seguimiento visual y auditivo completo).*
 - No realiza seguimiento visual y auditivo. El niño no gira la cabeza 180º para seguir o localizar un estímulo visual o auditivo.
- *No mantiene control cefálico.*
 - No es capaz de mantener la cabeza en la verticalidad cuando se le sujeta desde el tronco por un espacio de tiempo largo (que supera los 8 ó 10 minutos); o no es capaz de mantener levantada la cabeza cuando está situado boca abajo sobre una superficie dura.
- *No produce sonidos vocálicos y guturales en sus emisiones.*
 - No se observan emisiones vocálicas y guturales que deberían aparecer espontáneamente cuando el niño está solo, tranquilo y relajado (por ejemplo, mirándose las manos o tocándose su ropa o chupete...); o que pueden aparecer cuando el niño está participando por turnos en la interacción con el adulto (por ejemplo, le habla la madre y cuando ésta se queda en silencio el niño emite un sonido para “provocar” una nueva interacción).

7-9 meses:

En esta fase evolutiva el niño debe mostrar una clara actividad motriz.

- *No se coge los pies para jugar con ellos.*
 - El cogerse los pies supone que el niño explora su cuerpo y que, al elevar los miembros inferiores del plano, su apoyo en la columna vertebral le va a iniciar en el semivolteo (cae para un lado).
- *No transfiere peso en prono, al elevar cabeza y hombros.*
 - Colocado boca abajo (en prono), levanta la cabeza y se apoya en sus miembros superiores. Su posición no debe ser estática, el peso recae sobre uno de sus brazos y luego sobre el otro, alternativamente (transfiere peso de una extremidad a otra) para mirar o pretender coger un objeto.
- *No se da la vuelta (volteo).*
 - Que el niño no se dé la vuelta en ninguno de los dos sentidos. El niño acostumbrado a estar en prono (boca abajo), volteará más fácilmente (o en primer lugar) de prono a supino (boca arriba). Si no le es familiar dicha postura puede que realice más fácilmente el volteo de supino a prono o, como mínimo, tenga destreza y muestre placer en el semivolteo (explicado en el primer punto de esta misma franja de edad).
- *No dirige las manos a los objetos (déficits en la prensión-manipulación, prensión en la línea media).*

- El niño no dirige las manos hacia los objetos que están a su alcance. O lo hace sólo y siempre con una de ellas que es la que dirige hacia el objeto que se le ofrece en la línea media de su cuerpo, a una altura en la que deba elevar el brazo. Cuando el objeto está en su mano, sería un signo de alerta a considerar el que el niño no realice movimientos con el objeto: mirarlo, cambiarlo de mano, chuparlo...
- *No reconoce al cuidador principal de otras personas.*
 - El niño no busca a su cuidador (persona de referencia) cuando lo coge un extraño, o no llora, o no mira con expresión de desconfianza o expectación a la persona desconocida. Es decir, que el niño no da claras muestras de reconocer entre persona conocida y persona desconocida.

10-12 meses:

- *No rastrea o gatea, ni se observa deseo de desplazamiento al estar en el suelo.*
 - En el niño no se observan señales o deseo de ningún tipo de desplazamiento al estar en el suelo; o la madre comenta su inmovilidad cuando le coloca en el "parque", ya que hay niños a los que el suelo no les es un medio familiar pero sí el "parque" (corralito).
- *No se mantiene en sedestación.*
 - Cuando el niño, al colocarlo sentado no mantiene la postura con la espalda erguida (sin apoyos) bastante tiempo; o cuando en esa postura de sedestación necesita de las manos para mantenerla y no puede manipular objetos con ellas.
- *No soporta el peso de su cuerpo en bipedestación.*
 - Al colocarlo de pie, no soporta el peso de su cuerpo (flexiona las piernas sin volver a levantarse) o si para conseguirlo se observan las piernas muy rígidas.
- *No muestra interés por los objetos (coger, cambiar de mano, explorar con el dedo índice, sacar de recipientes, etc...).*
 - No presta atención a los objetos o no realiza una exploración / juego con ellos: coger, cambiarlos de mano, sacarlos de un recipiente, tocarlos con el dedo índice buscando detalles, buscar algo que se ha caído...
 - A esta edad puede ser un signo de alerta de anomalía en el desarrollo del niño el que éste sólo chupe los objetos, sin realizar ninguna otra actividad con ellos.
- *No se observan emisiones vocálicas.*
 - El niño no emite sonidos silábicos en cadena (pa-pa-pa, ta-ta-ta...).

13-15 meses:

- *No camina con apoyo.*
 - El niño no camina ni siquiera llevándole de las manos o apoyándose en los muebles.
- *No utiliza pinza digital.*

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

- El niño no coge objetos pequeños con la punta de los dedos y oposición del pulgar.
- *No comprende órdenes sencillas (negación, dame, ven...).*
 - El niño da muestras de no entender consignas sencillas y familiares.
 - Por ejemplo: dame, ven, no... o incluso no responde cuando éstas se realizan verbal y gestualmente de forma simultánea.
- *No reconoce juegos familiares (palmitas, canciones, adiós...).*
 - No presta atención o no da muestras de reconocer canciones o “gracias” familiares (palmitas, lobitos, adiós...).
- *No se observan distintas respuestas ante personas conocidas y desconocidas.*
 - Mantiene la misma actitud de no dar muestras de diferenciar a personas conocidas de las desconocidas, tal y como se ha indicado ya en el intervalo de 7 a 9 meses.
- *No realiza peticiones.*
 - No realiza ningún tipo de peticiones. Por ejemplo, mirando al adulto y al objeto alternativamente, o señalándolo con el dedo índice.
- *No usa palabras con sentido referencial.*
 - No utiliza ninguna palabra con sentido referencial, aunque no estén bien dichas: *papa* o simplemente *pa* para referirse al papá; agua, nene...

17–18 meses:

- *No camina de forma autónoma.*
- *No se agacha a coger los objetos (cambios posturales).*
 - No realiza cambios posturales (agacharse a coger algo, ponerse de rodillas a bipedestación, de sentado a rodillas o posición de gateo...).
- *No comprende el nombre de los objetos.*
 - No da muestras de comprender el nombre de objetos muy familiares o habituales para el niño (biberón, zapato, peine...) o no asocia estos objetos con su uso.
- *No existen de 5 a 10 palabras con sentido referencial.*
 - No emite más de cinco palabras con sentido referencial o terminaciones silábicas de la palabra (como reconociendo la misma aunque no la diga completa) u onomatopeyas. No señala lo que le interesa.

24–30 meses:

- *Inestabilidad en la marcha.*
 - El niño se cae con frecuencia, no muestra agilidad en los cambios posturales, presenta miedos excesivos a la hora de sortear obstáculos, presenta marcha anómala, se observa rigidez en los miembros inferiores.

- *Torpeza en la motricidad fina.*
 - o El niño muestra visible torpeza en la motricidad fina: en la manipulación de objetos, en la coordinación de la mano con otra parte del cuerpo se evidencia torpeza, temblores, asimetrías...

- *No señala personas/objetos familiares cuando se le nombran.*
 - o El niño no es capaz de señalar personas familiares u objetos que usa habitualmente cuando se le nombran, ni identifica imágenes de éstos cuando se le presentan.

- *No ejecuta órdenes habituales.*
 - o El niño no comprende instrucciones sencillas que impliquen dos elementos (por ejemplo, “ven y siéntate”, “coge el pañal”, “dale de comer/beber al muñeco”, “peina a la muñeca” ...) ni siquiera cuando se dan con apoyo gestual.

- *No aumenta su vocabulario.*
 - o El niño no incorpora palabras nuevas a su vocabulario, ni asocia dos palabras.

- *No imita acciones sencillas de forma diferida.*
 - o El niño no presta atención suficiente para imitar una acción ni en el momento que se le muestra, ni se observa que posteriormente lo realice.

- *Muestra poco interés hacia las personas/niños de su entorno.*
 - o El niño muestra poco interés hacia las personas y otros niños que hay a su alrededor: no se acerca a ellos, no responde cuando se le llama, a veces incluso se ha sospechado sordera en algún momento.

- *No utiliza los objetos de manera adecuada.*
 - o El niño no realiza un juego funcional con los objetos (por ejemplo, gira las ruedas de un coche de forma estereotipada, como único juego, pero no juega con el coche; golpea con un juego ritual los objetos...).

- *Realiza movimientos extraños repetitivos.*
 - o El niño realiza estereotipias motrices: giros con las manos, balanceos de todo el cuerpo o parte de él...

- *Se resiste a los cambios de rutinas.*
 - o El niño muestra gran resistencia ante cualquier cambio de rutinas mostrando rabietas, gran nerviosismo, agresividad...

b) Instrumentos de detección:

Las **pruebas de pesquisa o screening** son un recurso efectivo para detectar problemas inaparentes en el desarrollo porque la mayoría de las veces los padres no tienen herramientas para detectar algunas dificultades no evidentes y los pediatras tampoco pueden observar algunos problemas, a veces sutiles, en la consulta regular sin una herramienta que organice su

observación.

Las pruebas de pesquisa o screening no son pruebas diagnósticas, **solo identifican niños en riesgo que deberían ser derivados para un estudio más completo por parte de profesionales competentes.**

– **Características fundamentales de las pruebas de pesquisa:**

1. Procedimientos utilizados para identificar niños que necesitan de un estudio o evaluación más profunda. Por lo tanto, son instrumentos que nos sirven en la búsqueda de individuos presuntamente enfermos en población aparentemente sana.
2. Estos test screening han de cumplir unos requisitos básicos:
 - a. Breves y fáciles de administrar.
 - b. Debe conocerse de antemano su sensibilidad y especificidad.
 - c. Han de ser culturalmente compatibles con la población a evaluar.
 - d. Han de estar adaptados a las competencias del sujeto.

Existen gran cantidad de escalas y guías para la detección de anomalías en el desarrollo infantil dirigidas a profesionales de la salud (escalas de evaluación para la consulta de pediatría) y a educadores. A éstas, hay que sumar las escalas y pruebas de pesquisa orientadas a la detección y evaluación de cada trastorno del desarrollo en concreto (que veremos en los temas correspondientes).

Por su facilidad de manejo y la fiabilidad de sus resultados, podemos destacar las siguientes pruebas:

1. **Tabla de desarrollo Haizea Llevant:** diseñada para el uso de pediatras.

http://2.bp.blogspot.com/_nJ0Ea5QBI4/TNKpCuI6IQI/AAAAAAAAByw/7la-dddZRhs/s1600/Dibujo.JPG

2. **Guía de detección precoz de alteraciones del desarrollo en Escuelas Infantiles (0-3 años):** aunque existen numerosas guías en las que se recogen ítems similares y en consonancia con las señales de alerta estudiadas en el apartado anterior, a modo de ejemplo podemos observar la Guía elaborada por el Equipo de Atención Temprana de León (**se adjunta como material complementario**)
3. En la misma línea y recogiendo las mismas señales de alerta, también encontramos otras guías orientadas a los profesionales de la salud. (**ver la guía del Equipo de Atención Temprana de León para Pediatras: material complementario**)

3. Niveles diagnósticos en los trastornos del desarrollo:

El diagnóstico de una alteración en el desarrollo consiste en su puesta en evidencia de una alteración en el desarrollo, así como el conocimiento de sus supuestas causas, permitiéndonos la comprensión del proceso y el inicio de una adecuada intervención educativa y terapéutica.

Ante la sospecha de un trastorno en el desarrollo infantil es fundamental plantear un diagnóstico amplio, que considere distintos ámbitos y niveles, pues la problemática que presenta el niño es, en la mayoría de casos, múltiple, afectando a distintos ámbitos y de origen multifactorial: fruto de la interacción de factores genéticos, aspectos de salud, atención psicoafectiva y condiciones del entorno en general.

El diagnóstico de las dificultades que presenta un niño será el resultado de considerar, de forma integrada, los diferentes diagnósticos parciales, identificando los diagnósticos principales y los secundarios.

a) Ámbitos del diagnóstico:

El diagnóstico debe contemplar los ámbitos biológicos, psicológicos, sociales y educativos, siendo precisa la colaboración de profesionales de diferentes disciplinas y ámbitos: medicina, psicología, pedagogía y ciencias sociales.

b) Niveles del diagnóstico:

En el diagnóstico de los trastornos del desarrollo debemos considerar 3 niveles diagnósticos: funcional, sindrómico y etiológico.

- **Diagnóstico funcional:**

El diagnóstico funcional constituye la determinación cualitativa y cuantitativa de los trastornos o disfunciones. Constituye la información básica para comprender la problemática del niño, considerando la interacción familiar y la de su entorno cultural, sus capacidades y su posibilidad de desarrollarlas. El diagnóstico funcional es imprescindible para poder elaborar los objetivos y estrategias de la intervención.

- **Diagnóstico sindrómico:**

El diagnóstico sindrómico está constituido por un conjunto de signos y síntomas que definen una entidad patológica determinada. A menudo la identificación de un síndrome o cuadro sindrómico nos permite conocer cuáles son las estructuras, (neurológicas, psíquicas o sociales) responsables del trastorno y nos orienta sobre la etiología del mismo.

El diagnóstico sindrómico orienta hacia los ámbitos sobre los que debemos obtener mayor información para establecer el diagnóstico etiológico y ayuda a establecer si se trata de una patología estable, transitoria o evolutiva, de base predominante orgánica o ambiental.

- **Diagnóstico etiológico**

El diagnóstico etiológico es el que nos informa sobre las causas, bien de carácter biológico o bien psico-social, de los trastornos funcionales o del síndrome identificado.

En todos los casos intentaremos establecer la etiología de los diferentes trastornos identificados, considerando siempre la probable multifactorialidad de los mismos, en un

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

enfoque amplio que considere los aspectos biológicos, psicológicos, educativos y de entorno en general.

A menudo, y con mayor frecuencia para determinadas problemáticas, como trastornos del espectro autista y trastornos del lenguaje, no es posible realizar con absoluta certeza el diagnóstico etiológico, pero en todos los casos intentaremos establecer un diagnóstico de presunción.

Delimitar la etiología orgánica precisará en la mayoría de los casos de exámenes complementarios adecuados a las hipótesis diagnósticas, si bien es importante considerar que la normalidad de dichos exámenes no indica la ausencia de una base orgánica del trastorno.

Definir la etiología relacional cuando ésta se sitúa en las condiciones del entorno requerirá un adecuado conocimiento de las condiciones sociales, vinculaciones tempranas, organización y expectativas familiares, etc.

El diagnóstico funcional constituye la base imprescindible para una planificación educativa y terapéutica.

Los diagnósticos sindrómico y etiológico permiten facilitar información biomédica a la familia y en algún caso un tratamiento específico.

El seguimiento evolutivo es fundamental para poder llegar a confirmar las hipótesis diagnósticas iniciales.

4. Atención Temprana:

De acuerdo con la definición propuesta en el Libro Blanco de la Atención Temprana (2002), se entiende por **atención temprana** el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en el desarrollo o que tienen riesgo de padecerlos.

Estas intervenciones que deben considerar a la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar.

La atención temprana en Aragón viene regulada básicamente por:

- El Libro Blanco de la Atención Temprana: <http://www.infodisclm.com/libro%20blanco%20at.htm>
- La orden de 20 de Enero de 2003, del departamento de salud, consumo y asuntos sociales, por la que se regula el programa de atención temprana en la comunidad autónoma de Aragón: http://iass.aragon.es/adjuntos/discapacitados/BOA_Ord_20012003.pdf

a) **Objetivos de la Atención Temprana:**

1. Reducir los efectos de una deficiencia o déficit sobre el conjunto global del desarrollo del niño.
2. Optimizar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo del niño.
3. Introducir los mecanismos necesarios de compensación, de eliminación de barreras y adaptación a necesidades específicas.
4. Evitar o reducir la aparición de efectos o déficits secundarios o asociados producidos por un trastorno o situación de alto riesgo.
5. Atender y cubrir las necesidades y demandas de la familia y el entorno en el que vive el niño.
6. Considerar al niño como sujeto activo de la intervención.

b) **Principios básicos que rigen las intervenciones:**

1. Diálogo, integración y participación: entre todos los agentes implicados en la educación y estimulación del niño (padres, profesionales de la salud, equipo de AT, maestros...)
2. Gratuidad, universalidad e igualdad de oportunidades, responsabilidad pública.
3. Interdisciplinariedad y alta cualificación profesional: formación permanente de los profesionales, equipos interdisciplinarios.
4. Coordinación: feedback constante y coordinación de todos los profesionales que intervienen con el niño y su familia.
5. Descentralización: establecimiento de un sistema organizado en torno a las necesidades de la familia, en su proximidad, incluyendo la prestación de servicios a domicilio. Implica la inserción de la Atención Temprana en las redes de atención primaria de salud y de servicios sociales, en la intermediación de las escuelas infantiles y en vecindad de la familia.
6. Sectorización: limitar el campo de actuación de los servicios para garantizar una correlación equilibrada entre proximidad y conocimiento de la comunidad y el hábitat, funcionalidad y calidad operativa de los equipos y volumen suficiente de la demanda a efectos de que se facilite la inclusión de todo tipo de servicios sanitarios, educativos o sociales en el área de referencia que se constituya.

c) **Niveles de intervención en Atención Temprana:**

*Del **modelo biopsicosocial** de la Atención Temprana se deriva la necesidad de establecer relaciones con los programas y servicios que actúan en el contexto del niño y de su familia. Los centros y servicios de Atención Temprana deberán realizar sus actuaciones de manera que se procure la coincidencia con aquellos esfuerzos sociales que desde otras instancias de la*

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

administración y la comunidad favorecen la salud, la educación y el bienestar social. De manera esquemática podemos diferenciar tres niveles en los que tendría que basarse esta colaboración (El libro Blanco de la Atención Temprana, 2000)

- PREVENCIÓN PRIMARIA:

Evitar las condiciones que pueden llevar a la aparición de deficiencias o trastornos en el desarrollo infantil.

Corresponden a la prevención primaria las actuaciones y protección de la salud, orientadas a promover el bienestar de los niños y sus familias. Son medidas de carácter universal con vocación de llegar a toda la población.

Comprende derechos como la asistencia sanitaria, el permiso por maternidad o situaciones de acogida o adopción.

- PREVENCIÓN SECUNDARIA:

La detección y el diagnóstico precoz de los trastornos en el desarrollo y de situaciones de riesgo.

Programas especiales dirigidos a colectivos identificados en situación de riesgo, como los niños prematuros de menos de 32 semanas o de menos de 1500 gr., las unidades familiares con embarazos de adolescentes menores de 18 años, en riesgo de disfunción relacional; las unidades familiares con embarazos a partir de los 35 años, con riesgo de cromosomopatías; los niños con tetraplejías espásticas y riesgo de luxación de cadera.

El **papel de la Escuela Infantil como agente de prevención secundaria** es crucial:

Cuando el niño o niña asiste a la escuela infantil, los maestros y educadores de la misma constituyen un importante agente de detección. En esta etapa pueden apreciarse problemas en las capacidades y comportamientos básicos para el aprendizaje: habilidades motoras, de socialización, de lenguaje, dificultades atencionales y perceptivas y limitaciones cognitivas o emocionales que antes no habían sido detectadas.

Las condiciones de la Escuela Infantil y las interacciones que se producen en el contexto escolar, diferentes a las del medio familiar, permiten, en la mayoría de los casos, poner de manifiesto la presencia de desviaciones en el proceso evolutivo, desajustes en el desarrollo psico-afectivo del niño y/o alteraciones en su comportamiento, que por su propio carácter o por la menor gravedad del trastorno, pueden pasar fácilmente inadvertidas a los padres y también al personal sanitario y no son detectadas hasta que el niño accede al contexto educativo.

Cuando el educador detecta la posible presencia de un trastorno, comunicará su inquietud a la familia y a partir de los datos aportados por el medio escolar y familiar se deberían establecer pautas de observación y actuación coordinadas, así como la derivación y consultas oportunas al pediatra del niño o niña y al centro de Desarrollo Infantil y Atención Temprana, para poder establecer un diagnóstico completo e iniciar una intervención terapéutica adecuada.

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

Muchas situaciones de riesgo social, inadecuada atención, carencias afectivas y sospecha de maltrato infantil, pueden ser detectadas también en el medio escolar, siendo, en estos casos, fundamental la coordinación con los profesionales de Servicios Sociales.

- PREVENCIÓN TERCIARIA:

Actuaciones dirigidas a remediar las situaciones que se identifican como de crisis biopsicosocial.

Ejemplos de estas situaciones son el nacimiento de un hijo con discapacidad o la aparición de un trastorno en el desarrollo. La instrumentación social para evitar que esta crisis profundice e impulsar soluciones es precisamente tarea del servicio de Atención Temprana, en el que recae la máxima responsabilidad de activar un proceso de reorganización trabajando con el niño, con la familia y con el entorno en el que vive.

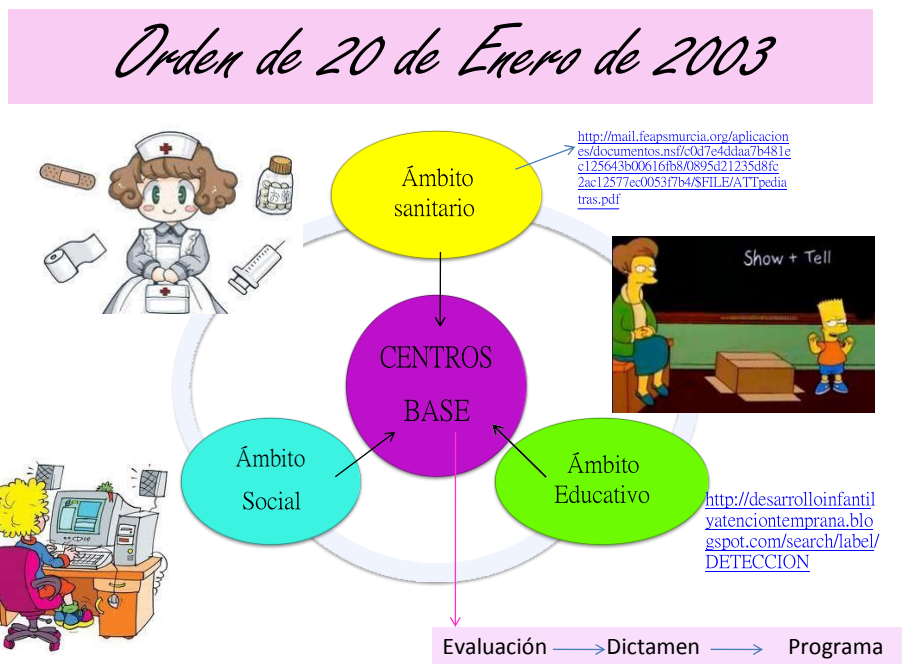
La intervención dirigida a los niños que presentan trastornos en su desarrollo debe iniciarse en el momento en que se detecta la existencia de una desviación en su desarrollo. Cuando la detección se realiza en la unidad de Neonatología, al existir un periodo de hospitalización en la etapa neonatal, la intervención se inicia ya en la propia unidad.

Cuando la detección se realiza a través de las consultas pediátricas, de las escuelas infantiles o de los propios padres, la atención se inicia en los centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana o en las unidades de Atención Temprana, que dan continuidad a la atención cuando ésta se ha iniciado en la unidad neonatal.

Otro **objetivo fundamental** de la intervención es conseguir que la familia conozca y comprenda la realidad de su hijo, sus capacidades y sus limitaciones, actuando como agente potenciador del desarrollo del niño, adecuando su entorno a sus necesidades físicas, mentales y sociales, procurando su bienestar y facilitando su integración social.

La intervención debe ser planificada con carácter global y de forma interdisciplinar, considerando las capacidades y dificultades del niño en los distintos ámbitos del desarrollo, su historia y proceso evolutivo, así como las posibilidades y necesidades de los demás miembros de la familia y los recursos de que se dispone; y el conocimiento y actuación sobre el entorno social.

Cuando el niño asiste a la **Escuela Infantil**, ésta ofrece importantes posibilidades de incidir positivamente sobre los procesos de socialización y aprendizaje, al actuar reforzando el proceso terapéutico específico, por lo que es fundamental establecer una adecuada coordinación.



(E. Mallén. Equipo de AT de Zaragoza. 2012)

5. Afrontamiento familiar de los trastornos del desarrollo:

La familia constituye la institución básica en el desarrollo y la educación de los niños.

A pesar de que las influencias externas son cada vez más numerosas, y de que el papel de la familia se ha visto modificado por los continuos cambios sociales y avances tecnológicos, la familia sigue siendo el primer y principal ámbito de la educación de los niños con o sin discapacidad.

A nivel diagnóstico, en muchas ocasiones son los propios padres, o personas cercanas al niño, los que en la interacción diaria con su hijo en su contexto natural pueden observar que existe una diferencia o desviación entre el comportamiento de su hijo y el de otros niños.

Una **mayor atención e información** a los padres sería un elemento que sin duda facilitaría la detección temprana de los trastornos en el desarrollo, así como una mayor disponibilidad de tiempo por parte del pediatra que recibe la consulta de los padres, para poder valorar el desarrollo del niño y dar respuesta adecuada a sus posibles inquietudes.

Según el trastorno del que se trate, habrá ocasiones en las que el **diagnóstico se haya establecido de forma prenatal** (como es el caso del Síndrome de Down o la Espina Bífida) por lo que los padres ya han tenido tiempo de “madurar” la situación y aceptar a su hijo tal y como es. Aún así, sus expectativas ante la paternidad distan mucho de la realidad de su hijo:

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

- *Ha nacido un angelito, pero... no es el que yo esperaba. ¿Por qué nos ocurre esto a nosotros? ¿Qué he hecho mal?*

Los primeros meses de vida son fundamentales para que se establezca un vínculo de apego seguro, y cuando hay un trastorno del desarrollo los padres van a necesitar ayuda.

- Miedo a tocarle, acariciarle, tratarle con normalidad.
- Sensación de impotencia y desconocimiento (aún mayor que con otros niños)
- Expectativas frustradas, tirar la toalla de antemano.
- Sobreprotección.

En otros casos, el trastorno no **es diagnosticado hasta los primeros años de vida.**

Muchos padres reciben este diagnóstico tras un largo peregrinaje de médicos, consultas, segundas consultas y en ocasiones con pronósticos poco alentadores y en muchas ocasiones sin un diagnóstico concreto. Vienen muy motivados con la esperanza de encontrar un diagnóstico y la “mejoría o curación” de sus hijos. Mucho trabajo con la familia.

Y hay otros que no tienen aún muy claro por qué están allí ya que ellos no “han notado” nada extraño en su hijo. Requieren un importante trabajo de sensibilización para poder “mirar y ver a sus hijos”. Necesitan corroborar que ha sido un error y continuamente solicitan el alta del niño. Cuesta mucho trabajo que integren la dificultad de su hijo y suele haber momentos muy críticos en el proceso cuando se confirman las dificultades. Hay algunos nenés que realmente solo necesitaban “un empujoncito”

Hay otros que ven en sus hijos unas dificultades que se han creado y que vienen proyectadas por los miedos e inseguridades de los padres (origen psicosocial, privación, etc.)

a) El papel de los padres en el desarrollo de su hijo:

La participación de los padres constituye un elemento esencial para el éxito de la intervención educativa en los niños y jóvenes con trastornos del desarrollo.

Los padres son los primeros y principales agentes de la educación de sus hijos, y juegan un rol primordial desde su edad temprana; son las personas que disponen de más oportunidades para influir en el comportamiento del niño y favorecer así su desarrollo.

Cuando los padres están implicados en los programas de intervención, el mantenimiento y la generalización de los aprendizajes hechos por su hijo tienen más posibilidades de producirse.

Los padres pueden ejercer una importante influencia en el desarrollo de la autonomía e independencia de sus hijos.

Resulta esencial que en el desarrollo de su propia estima, los niños con algún trastorno del desarrollo se sientan satisfechos y realizados cuando desempeñan algo por sí mismos.

Los padres también les ayudan a satisfacer sus necesidades emocionales:

- Como todos los niños, necesitan amor, atención y aceptación.
- Requieren un entorno en el que puedan crecer con seguridad, donde puedan desarrollar su independencia y su autoestima.
- El que los niños se encuentren a gusto consigo mismos, confíen en sí mismos y puedan experimentar la sensación del éxito, por pequeño que sea, es muy importante para su propia imagen.
- Si los padres perciben a los hijos de una forma positiva, éstos lo captarán y se sentirán aceptados y queridos.

Generalmente, los niños con discapacidad que presentan algunas dificultades de aprendizaje suelen acudir a centros específicos para personas con discapacidad, promovidos desde el movimiento asociativo, donde participan en programas formativos que complementan la respuesta educativa de los centros escolares: logopedia, psicomotricidad, educación cognitiva, habilidades sociales, nuevas tecnologías, etc.

El niño no aprende sólo en la escuela; las experiencias en el hogar con sus padres hermanos y aquellas que tiene con sus amigos van a ejercer una enorme influencia sobre su aprendizaje.

El niño va a beneficiarse de numerosas actividades de desarrollo que se llevan a cabo en casa.

Así, el desarrollo de su autonomía personal, de su capacidad comunicativa, de su socialización, etc., va a estar influenciada de un modo decisivo por la labor de la familia.

El papel de la familia es esencial en el desarrollo del niño, fundamentalmente en las siguientes áreas: La conquista de la autonomía personal, el desarrollo de la comunicación, el desarrollo social (socialización) y el desarrollo afectivo-sexual.

La correcta integración del niño en el grupo familiar y su consecuente desarrollo depende de varios factores entre los que destacan:

- Los efectos en las relaciones intrafamiliares que supone tener un hijo/a con discapacidad: la relación de pareja, el papel de los hermanos...
- Los efectos en el desarrollo de la persona con discapacidad que supone pertenecer a un grupo familiar u otro: los recursos económicos y sociales, el apoyo a la familia...

b) Necesidades de las familias:

Obviamente, no todas las necesidades que se van a plantear van a ser relevantes para todas las familias en todas las ocasiones ni con la misma intensidad. La naturaleza en constante cambio de la familia, la inmensa variación entre ellas y las diferencias entre trastornos y otros hacen que cualquier marco no pueda ser nunca más que un conjunto de principios orientativos.

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

Para desempeñar el papel de padres o familiares de un niño con discapacidad, éstos tienen que desarrollar nuevos conocimientos y nuevas habilidades y reconstruir sus ideas acerca de ellos mismos, sus valores y aspiraciones:

- Frecuentemente, se enfrentan a una sociedad con poca comprensión y muchos prejuicios.
- Tienen que aprender a tratar con una gran variedad de profesionales y agencias y a desarrollar habilidades de negociación asertivas para obtener los mejores recursos para sus hijos.
- Tienen que desarrollar estrategias prácticas de solución de problemas y mantener una actitud expectante positiva con su hijo, a pesar de muchas contrariedades, desaliento y progreso lento.
- Necesitan información y orientación precisa y práctica.
- Es esencial una información que les ayude a comprender la conducta del niño y la suya propia:
 - o La mayoría de ellas necesitarán algún tipo de apoyo psicológico en diferentes momentos.
 - o Muchas necesitan ayuda utilitaria, que deberá ser fácil y rápidamente accesible.
- Las familias precisan tener acceso a unos servicios regulares, flexibles y competentes.

Necesidades utilitarias: Se refieren al tiempo y la energía que la familia o sus miembros emplean en sus funciones familiares o personales.

- o Cuanto menos tiempo y energía empleen en la administración y en los cuidados básicos del hogar, más tendrán a su disposición para el esparcimiento y las actividades sociales y para la relación con el niño.
- o Las familias pueden necesitar ayuda para el transporte, para la conciliación con la vida laboral, atención temporal, vacaciones, acceso a instalaciones comunitarias (clubs, piscinas, parques...), y ayuda económica.
- o Estas necesidades son más intensas si existen problemas médicos, físicos o de conducta y/o bajos niveles de renta.

Necesidades instrumentales: se relacionan con la información y la orientación en las siguientes áreas:

- o Organización del tiempo, la energía y los recursos económicos
- o Formas de favorecer el desarrollo y la adquisición de competencias del niño, logrando el máximo beneficio sin incrementar el estrés.
- o Formas de afrontar los problemas de conducta.

- Información sobre el acceso a los servicios sociales, a las instalaciones educativas y recreativas, a profesionales especializados y a ayudas y subvenciones.
- Orientación y preparación en técnicas de comunicación personal para obtener ayudas y trabajar con las agencias de servicios y para interactuar con otras personas.
- Ayuda para ampliar las redes sociales y los contactos.

Necesidades psicológicas: Entre las necesidades psicológicas pueden incluirse las siguientes:

- Información para permitir a los miembros de la familia comprender al niño/a y su situación, sus propios sentimientos y reacciones y los de otras personas, así como los procesos de adaptación.
- Apoyo social para impedir el aislamiento y proporcionar tiempo libre y esparcimiento, ayuda utilitaria y una oportunidad de comparar las ideas y sentimientos propios con los de otras personas y disponer así de nuevas perspectivas.

c) Orientación y apoyo familiar:

1. La primera entrevista con los padres:

De forma previa al diagnóstico, tras las primeras sospechas, es importante la primera entrevista con los padres (ya sea por parte del pediatra, el educador, el psicopedagogo del Centro Educativo, el equipo de Atención temprana o cualesquiera profesionales que detecten las anomalías).

En la misma se recogen los datos fundamentales sobre el niño, su desarrollo, el motivo de la demanda (si es que parte de ellos)... y hacemos una lectura emocional de la situación de la familia y la necesidad de apoyo que esta va a tener.

Es **importante saber “leer”** más allá de lo que los padres nos transmiten. En esta entrevista aparecen “pequeñas pistas” de lo que luego nos vamos a encontrar o pequeñas “explicaciones” de algunas “cosillas” que van a aparecer posteriormente.

En la misma podemos encontrar que los padres no cuentan todo lo que es pero cuentan todo lo que pueden aceptar en ese momento (por miedo a ser juzgados como malos padres, porque su hijo rompe con sus expectativas, etc.) o hacen y ven mayores las dificultades del niño por el susto inicial y comienzan a ser conscientes de aquello que no veían y que de pronto se hace evidente.

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

En esta entrevista es básico saber tranquilizar a los padres pero sin “dorarles la píldora” y explicarles los pasos siguientes que han de dar: consulta con el pediatra, entrevista con el equipo psicopedagógico, diagnóstico, derivación a los servicios pertinentes...

Informar a los padres de la posibilidad de que su hijo presente un trastorno o discapacidad, genera en ellos una significativa conmoción emocional, con ansiedad y angustia, miedos, sentimientos de rechazo y negación; iniciándose un proceso de duelo que será distinto en cada familia y para cada miembro de la misma.

2. Comunicación del diagnóstico:

Las familias destacan la importancia que tiene la forma en que se les comunica el diagnóstico, siendo necesario cuidar todo el proceso informativo y las formas de llevarlo a cabo, incluyendo la atención de los profesionales, los espacios y momentos seleccionados.

Una buena información facilita que la familia pueda llegar a tener una mejor comprensión y asimilación de la realidad de su hijo y pueda adecuar su entorno a las necesidades y posibilidades físicas, mentales y sociales del niño.

- Es recomendable que reciban la información diagnóstica de forma simultánea y conjunta, tras haber visto, y si fuese posible, haber tenido en brazos a su hijo.
- El profesional o la institución deberá disponer de un lugar reservado que posibilite que este encuentro tenga la necesaria privacidad y que los padres puedan sentirse físicamente cómodos, compartir sus sentimientos y brindarse mutuo apoyo emocional.

Es importante ofrecer la información teniendo en cuenta la evolución más probable, el pronóstico a largo plazo y las posibilidades terapéuticas del niño, pero también considerando el hecho de que cada familia es distinta.

- Habrá que considerar las diversas variables: situaciones personales de los cónyuges y demás miembros de la familia, aspectos de la propia institución familiar, su red de relaciones, situación económica, número de hijos, origen y proyección cultural, etc. La información diagnóstica tendrá que acomodarse a esta realidad, considerando no solo la realidad del niño sino también la de su familia y entorno social.

Conviene considerar la situación de información diagnóstica más como *un proceso* que como un acto puntual.

- El diagnóstico, conlleva para los padres incertidumbres hacia el futuro, desorientación ante el presente o sentimientos de culpa por sus actuaciones en el pasado.
- Será necesario ofrecer disponibilidad para nuevas entrevistas, en las que los padres puedan solicitar aclaración a todas las dudas y exponer los miedos o preocupaciones que sientan.

En cuanto a la información en sí, se *recomienda un enfoque directo, evitando los términos técnicos incomprensibles*, ofreciendo, si se considera necesario utilizarlos, su traducción en un léxico apropiado a cada familia.

- Conviene realizar una *exposición global de la problemática* en lugar de plantear un catálogo exhaustivo de problemas presentes y futuros.

- El proceso diagnóstico tenderá a ser *descriptivo y funcional*, y al informar de una determinada lesión o alteración, se establecerá el significado funcional de la misma y el pronóstico implícito.

Un *perfil diagnóstico bien definido* “tranquiliza”, aunque el diagnóstico y pronóstico pueda considerarse grave.

- El mantenimiento de dudas sobre el futuro del niño, situación a veces inevitable en los primeros años de la vida, cuando se inicia una intervención sin una certeza diagnóstica absoluta, puede crear ansiedad, pero esta situación puede ser menos nociva si se establecen plazos concretos para su resolución, evitando informaciones contradictorias y expectativas indefinidas e injustificadas.
- Al irse asentando el pronóstico o diagnóstico funcional, la familia va haciéndose una “idea” más precisa del inmediato futuro, lo que facilitará su reorganización, la toma de decisiones y el reparto ordenado de nuevos roles y tareas que facilitarán la salida de la situación de crisis.
- Una vez que los padres saben y reconocen la existencia de una discapacidad irreversible importante, como puede ser la sordera o la ceguera, les es más fácil *buscar alternativas de comunicación* y de relación que cuando se mantienen expectativas de “curación” alejadas de la realidad.
- Cabe señalar la importancia de apelar a la *prudencia* antes de realizar afirmaciones que puedan cerrar o abrir, injustificadamente, el horizonte del niño y su familia.

Es conveniente que exista un *profesional estable* que cumpla la función de *acompañamiento en el proceso diagnóstico*, aunque en algunas ocasiones su papel se limite a estar presente, mientras otro profesional habla con la familia. Esta persona debería entrar en contacto con los profesionales que van a atender al niño cuando éste sea derivado, con la finalidad de seguir el proceso de comunicación e información de forma correcta y coordinada.

La información del diagnóstico de un trastorno deberá ir siempre acompañada de la información a la familia de los diferentes recursos terapéuticos, sociales, educativos, económicos, etc. existentes en la zona y de la forma de poder acceder a ellos, así como de la existencia de asociaciones de padres. Es importante garantizar la coordinación entre profesionales e instituciones y poder ofrecer un acompañamiento a lo largo del proceso de derivación.

Con la información diagnóstica se inicia la primera transición en la familia, posiblemente la más importante, ya que de ella dependerá en gran medida la capacidad de acoger y dar respuestas adecuadas a las características y necesidades de su nuevo miembro.

6. La inclusión en la escuela de los niños con Trastornos del Desarrollo:

Ya desde la aplicación de la LOGSE, la escuela se plantea la necesidad de atender a la diversidad de alumnos y sus circunstancias personales y sociales.

Entendiendo por **diversidad** el conjunto de necesidades individuales de los alumnos al enfrentarse al currículo, derivadas de sus diferentes capacidades, intereses, ritmos de aprendizaje, motivaciones y experiencias que mediatizan su proceso de aprendizaje.

La escuela se enfrenta, entonces, al reto de promover capacidades y propiciar la adquisición de la cultura para todos los alumnos, intentando hacerlo de manera homogénea y evitando la discriminación, respetando las características individuales de cada alumno.

Al hablar de **necesidades educativas** se diferencia entre:

- **Necesidades educativas individuales:** propias de todos los alumnos y que pueden ser atendidas mediante el trabajo habitual del profesor en el aula.
- **Necesidades educativas especiales:** requieren apoyos extraordinarios, recursos y medidas pedagógicas especiales como las adaptaciones curriculares (significativas o no significativas).
 - o Alumnos con problemas de aprendizaje.
 - o Alumnos en situación de riesgo social.
 - o **Alumnos con Trastornos del Desarrollo.**

Con la LOE (2/2006, del 3 de mayo) se dejará de hablar de alumnos con necesidades educativas especiales (NEE) para hablar de alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo (ACNEAE).

Según la LOE, son alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo aquellos que requieran una atención educativa diferente a la ordinaria, por presentar necesidades educativas especiales, por dificultades específicas de aprendizaje, por sus altas capacidades intelectuales, por haberse incorporado tarde al sistema educativo, o por condiciones personales o de historia escolar.

Actualmente, la respuesta educativa inclusiva y la convivencia en las comunidades educativas de la Comunidad Autónoma de Aragón viene regulada en el DECRETO 164/2022, de 16 de noviembre, del Gobierno de Aragón, que modifica el Decreto 188/2017, de 28 de noviembre. El DECRETO 164/2022 se especifica en la ORDEN ECD/913/2023, de 11 de julio, por la que se modifica la Orden ECD/1004/2018, de 7 de junio, por la que se regula la Red Integrada de Orientación Educativa en los centros docentes no universitarios sostenidos con fondos públicos de la Comunidad Autónoma de Aragón, y la Orden ECD/1005/2018, de 7 de junio, por la que se regulan las actuaciones de intervención educativa inclusiva.

a) La respuesta a la diversidad desde la escuela:

Distinguiamos diferentes actuaciones a distintos niveles:

1. Respuesta a la diversidad en el currículum escolar:

Propuesta de un currículum abierto y flexible, adaptable a las peculiaridades de cada centro y de los alumnos que tiene.

La respuesta oficial implica currículos de mínimos impuestos por la administración y completados con la aportación de los centros que los han de llevar a la práctica:

- No se atiende únicamente al desarrollo cognoscitivo, sino a todas las áreas de su desarrollo (motriz, personal, afectivo, relación interpersonal, inserción personal y actuación social).
- Además, se entiende que los contenidos han de ser conceptuales, procedimentales y actitudinales.

2. Respuesta a la diversidad en el contexto del Centro Escolar:

El centro es un elemento fundamental para lograr una respuesta integral a la diversidad.

Las decisiones que se toman a nivel de centro son fundamentales para la posterior atención a la diversidad. Implican aspectos relevantes como la organización de grupos, las opciones metodológicas, aspectos de evaluación, etc.

La planificación previa facilita la atención individual de otros alumnos que proceden de otras culturas, de niveles socio-económicos desfavorecidos, con poca motivación o con alguna discapacidad.

- **Componentes de la atención a la diversidad a nivel de Centro:**

Revisión conceptual del desarrollo, del aprendizaje y de la diversidad: El objetivo es alcanzar el máximo grado de ajuste posible de los métodos de enseñanza-aprendizaje y las características personales de cada alumno.

Currículo escolar: Amplio, diverso y equilibrado. Adaptado a la realidad. Debe incluir los contenidos, metodologías, evaluación y agrupación.

Ordenamiento y aprovechamiento al máximo de los recursos materiales disponibles:

- Adquirir los elementos precisos (accesibilidad, materiales, SAC...).
- Recursos humanos: conocer la respuesta y capacidad del profesorado, las relaciones con los padres, la comunidad y los profesores que llevan el apoyo.

Identificación de las dificultades de aprendizaje: Valoración de las necesidades educativas especiales y las adaptaciones curriculares.

3. Respuesta a la diversidad a nivel de aula:

En el contexto del aula se llevan a cabo las organizaciones curriculares que afectan a un centro:

El profesor intentará organizar las distintas situaciones de enseñanza aprendizaje, optimizar las situaciones de aprendizaje común y adaptarlas a las diferencias individuales que se encuentre.

Para ello, el profesor debe conocer las posibilidades de aprendizaje de todos sus alumnos, los factores que facilitan el aprendizaje y las necesidades educativas que puedan presentar.

Además, es tarea fundamental del profesor Facilitar la construcción de aprendizaje significativo. Para lo que se requiere lograr de los alumnos una predisposición favorable para aprender, la capacidad de atribuir al aprendizaje sentido personal y la capacidad para establecer relaciones significativas con los nuevos aprendizajes.

- **Organización de la enseñanza por parte del profesor:**

El objetivo: todos los alumnos puedan participar y progresar en las tareas de aprendizaje.

Para ellos, el profesor dispone de diferentes estrategias:

- Usar una variedad de estrategias metodológicas basadas en los principios del aprendizaje constructivista.
- Uso del aprendizaje cooperativo, que libera al profesor de una carga, permite a los alumnos aprender de sus iguales y favorecer a los que precisan más apoyos.
- Diseñar actividades con grados de dificultad distintos y distintas metodologías y materiales didácticos.
- Ofrecer oportunidades de elegir los aprendizajes de manera autónoma a través de distintas actividades optativas para los alumnos.
- Dar oportunidades para que los alumnos puedan practicar y aplicar de manera autónoma los contenidos.
- Facilitar distintos agrupamientos en función de las necesidades de tal manera que los grupos respondan a las características de los niños con neae.
- Aplicar distintas metodologías de evaluación, siendo los alumnos conocedores de las mismas para ajustarlas, en común acuerdo con el profesor, a sus propias características.
- Organizar el espacio del aula y los horarios de manera agradable, facilitando la movilidad, el contacto y el acceso privilegiado a la información y al profesor a los alumnos con neae.
- Crear un clima de respeto y valoración entre los alumnos, con actividades que faciliten la comunicación y la cohesión del grupo, sin la presencia de elementos de rechazo o segregación de los alumnos.

4. Adaptaciones curriculares individuales:

Dirigidas a aquellos alumnos con necesidades específicas de apoyo educativo.

Permiten construir un currículo a la medida del alumno con el objeto de ajustar y

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

complementar el currículo.

El **objetivo** de las ACI es dar respuesta a las neae del alumno logrando su máximo desarrollo personal y social.

– **Funciones de las ACI:**

Asegurar que el alumno recibe los medios y la respuesta educativa precisa para su progreso en el sistema educativo en igualdad de condiciones.

Establecer una relación entre las neae del alumno y la programación común del grupo de referencia.

Coordinar las actuaciones de los diferentes profesionales y servicios.

Favorecer la colaboración con la familia.

Promover al alumno hacia situaciones progresivamente más normalizadas.

– **Características de las ACI:**

Son un nivel más de la planificación curricular:

Tiene características comunes con cualquier programación (definición de objetivos, metodología, cronograma, sistemas de evaluación...)

Entre las peculiaridades respecto a otras programaciones encontramos la mayor importancia de la evaluación inicial; la descripción detallada de los elementos en los que se plantean actuaciones no habituales y el hecho de que son elaboradas de manera conjunta entre el profesor y los especialistas.

Las ACI han de reflejarse por escrito: sistematizando y sintetizando todo el proceso:

- Información del proceso de evaluación.
- Definición de las neae.
- Propuesta curricular.
- Provisión de recursos materiales, ayudas personales y modalidades de apoyo.
- Colaboración con la familia.
- Seguimiento de las decisiones adoptadas.

En las ACI se plasma el **proceso continuo de la adaptación del currículo:**

Medios de acceso al currículo: serie de medios, ayudas técnicas o recursos que van a permitir que el alumno siga en gran medida el currículo común y van a facilitar su autonomía en el proceso de aprendizaje:

- Condiciones físico-ambientales.
- Materiales, equipamiento y ayudas técnicas.
- Códigos de comunicación.

Adaptaciones de los componentes del currículo:

- a. **No significativas:** modificaciones en los elementos no prescriptivos del

Trastornos del desarrollo.
Tema 1: Introducción.

currículo oficial o en elementos prescriptivos (que no afectan a la titulación final del alumno)

- b. **Significativas:** afectan a elementos prescriptivos del currículo oficial y pueden tener efectos en la titulación del alumno.
-