

## Material Imprimible

### Curso de Asistente de Acompañamiento Terapéutico

#### Módulo 3

##### **Contenidos:**

- Discapacidad, deficiencia y minusvalía
- Recorrido histórico sobre la discapacidad
- Trastorno del Espectro Autista
- Trastorno de Déficit Atencional con y sin Hiperactividad
- Discapacidad intelectual y síndrome de Down
- Diferencia entre crisis y berrinches
- Trastorno Específico del Lenguaje

## **Discapacidad**

Según la define la Organización Mundial de la Salud, la Discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación.

Cuando hablamos de deficiencias, nos referimos a los problemas que afectan a una estructura o una función corporal.

Las limitaciones de la actividad refieren a las dificultades con las que nos encontramos para llevar a cabo determinadas acciones o tareas, son problemas para participar en situaciones vitales.

Y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales y está íntimamente ligado a lo social, es cuando se niegan las oportunidades de que dispone, en general, la comunidad.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que se vive.

## **Deficiencia**

Esta palabra se relaciona con déficit o “falta de algo” y se asocia a toda pérdida, de forma permanente o temporal, de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica. Supone un trastorno orgánico, que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria.

Existen diversos tipos de deficiencia:

- La física es aquella que limita o impide el desempeño motor de la persona. Las causas de la discapacidad física muchas veces son congénitas o de nacimiento, pero también pueden ser causadas por lesiones, como consecuencia de accidentes o problemas del organismo.

- La deficiencia psíquica refiere a trastornos que llevan a la persona a no poder adaptarse completamente a la sociedad.
- La sensorial afecta a los órganos de los sentidos y, por tanto, puede llevar a problemas de comunicación.
- Y, la deficiencia intelectual o mental se presenta cuando una persona no tiene la capacidad de aprender a niveles esperados para su edad y entorno cultural o presenta dificultades para desenvolverse sola en la vida cotidiana.

Cada uno de estos tipos de deficiencia, puede llevar a una discapacidad. Por ejemplo, si existe deficiencia sensorial visual, como ceguera, existe una discapacidad visual.

### **Discapacidad**

Este término alude a la falta de adecuación entre la persona y su entorno, más que a una consecuencia de la deficiencia de las personas. Implica una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana. Al igual que la deficiencia, puede ser congénita o adquirida, temporal o irreversible y, además, progresiva o regresiva. Es necesario aclarar que la discapacidad se tiene, es decir, la persona no “es” discapacitada, sino que “tiene” una discapacidad.

Si hablamos de clasificaciones, las discapacidades se pueden agrupar en tres troncos principales: de movilidad o desplazamiento, de relación o conducta y de comunicación.

### **Minusvalía**

Según la Organización Mundial de la Salud “es la situación de desventaja de una persona a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que le limita o impide el desempeño de un rol que sería normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales)”.

Esto se da cuando se le niegan a la persona las oportunidades de que se dispone, en general, en la comunidad y que son necesarios para el desenvolvimiento autónomo en

las distintas circunstancias de la vida. Es decir que la minusvalía está relacionada con la interacción social de la persona.

### **Recorrido histórico sobre la discapacidad**

En los distintos momentos de la historia la mirada hacia la discapacidad fue cambiando, cada momento de la historia fue generando culturalmente distintas actitudes, distintas maneras de pensar y de actuar frente a la discapacidad y frente a la actitud a tomar con respecto a las personas que tienen algún tipo de discapacidad.

Así es como en la antigüedad, más precisamente durante la Edad Media, en las sociedades griega y romana, las causas de la discapacidad eran vinculadas a motivos religiosos, considerándose la discapacidad como una maldición. Ahí es el momento donde socialmente se pensó el tema de la discapacidad como el modelo de la prescindencia, con esta mirada se excluye a las personas con discapacidad de la sociedad a través de políticas eugenésicas o de marginación. Se pensaba que las personas con discapacidad no eran útiles a la sociedad, se las consideraba un castigo o una maldición, un enojo de los dioses y debían ser eliminadas.

Una vez que surge el modelo médico o modelo rehabilitador, las causas de la discapacidad, a diferencia del modelo de prescindencia, ya no son religiosas, sino que pasan a ser médico-científicas. Ya no se habla de Dios o del diablo, sino que se alude a la discapacidad en términos de “enfermedad” o “ausencia de salud”.

Este modelo tuvo su auge a principios del siglo XX a raíz de la Primera Guerra Mundial. Allí el concepto de discapacidad asiste a un cambio de paradigma, los motivos fueron los millares de soldados mutilados durante la Guerra, y la necesidad de adaptar las leyes laborales. Así es como se vio modificada la forma de entender la diversidad funcional, pero bajo este nuevo paradigma, la discapacidad pasa a ser entendida como un problema médico y sus causas van a buscarse en las personas.

Esta nueva mirada reduce las características y la subjetividad de las personas a su condición de discapacidad, exigiendo que sean ellas quienes se adapten o rehabiliten para el mundo, en lugar de impulsar la creación de entornos inclusivos. Con lo cual, entran en un proceso de “normalización” a fin de poder obtener por parte de la sociedad un valor como personas. Bajo el modelo médico, toda persona con discapacidad debe ser “rehabilitada” de modo que pueda ejercer “normalmente” su función en la sociedad.

Más adelante surge el modelo social. Este modelo se origina en los años 60, a partir de los reclamos del movimiento por los derechos de las personas con discapacidad, cuando empezaron a incidir en los debates públicos y a marcar su posición. Mediante este cambio en la mirada, ya no son los médicos o especialistas los que hablan por las personas con discapacidad, sino que son ellas las que hablan por sí mismas, atenuando fuertemente los componentes médicos de la discapacidad y resaltando los sociales, como el compromiso de todos los actores sociales en el tema de la inclusión. Esto marca una clara diferencia con los modelos anteriores, aquí es la persona con discapacidad la que habla de sus derechos y sus necesidades individuales, como personas y como integrantes de la sociedad.

Con este cambio de paradigma se empieza a entender la discapacidad, ya no como una condición individual, sino desde el punto de vista social. A partir de esta mirada, la discapacidad ha comenzado a pensarse como una cuestión de derechos humanos, que piensa a las personas con discapacidad como sujetos de derecho. Es importante tomar conciencia de cómo los factores sociales contribuyen a causar la discapacidad.

Cada uno de estos modelos surgió en distintos tiempos históricos, y en respuesta al contexto social, religioso, cultural del momento en el que transcurrieron, aunque todos ellos conviven en mayor o menor medida en el presente. El modelo social, lamentablemente, está aún bastante alejado de ser el modelo predominante, ya que convivimos a diario con diferentes actitudes y formas de entender la discapacidad que son propias de los modelos anteriores.

El mayor desafío y compromiso como Acompañantes Terapéuticos es adoptar, promover y difundir, la mirada del modelo social sobre la discapacidad y fomentar la inclusión. El Acompañante Terapéutico debe ser creador de entornos inclusivos.

### **Inclusión**

La inclusión no es acercar a la persona a un modelo de ser, pensar y actuar “normalizado”, es aceptar a cada uno tal y como es, reconociendo a cada persona con sus características individuales. La inclusión no busca que las personas con discapacidad se adapten al grupo, pretende eliminar las barreras con las que se encuentran y que les impiden participar en la sociedad.

Con respecto a esto resulta importante remarcar la postura del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo, conocido como INADI. El mismo brinda información sobre prácticas inclusivas, entre las que encontramos recomendaciones en el uso de la terminología que les compartimos a continuación.

Como consecuencia de la carga negativa que conlleva la palabra discapacidad, ésta se ha querido reemplazar con expresiones como “persona excepcional”, “persona con capacidades diferentes”, “persona con necesidades especiales”, etc. No se recomienda el uso de estas terminologías, ya que invisibilizan a la persona con discapacidad al emplear vocablos alejados de la realidad.

Hablar de capacidades diferentes puede llevar a pensar en determinadas características sobresalientes, no habituales, incluso sorprendentes, a la vez que subraya la diferencia partiendo de un criterio de normalidad en cuanto al uso de las capacidades humanas. Por ello, aun queriendo ser inclusiva, resulta ser una expresión que no ayuda a pensar en la diversidad como algo propio del ser humano. Tampoco el concepto de necesidades especiales nos ayuda a pensar en términos inclusivos, ya que, en uno u otro sentido, todos los individuos tenemos necesidades particulares que hacen a nuestra singularidad.

Lo importante es priorizar el concepto de persona. Es habitual que se aluda a discapacitada o discapacitado, dándole un sentido de totalidad a algo que es solamente una característica o cualidad. Por esto, es necesario referir a persona con discapacidad, terminología que permite cuidar la individualidad del sujeto y ubicar a la discapacidad en su rol de cualidad, que no agota ni define todo lo que un sujeto es o pueda llegar a ser.

Es necesario que la terminología utilizada comunique que las personas con discapacidad son, ante todo, personas que viven, sueñan, estudian, piensan, trabajan, tienen familia y son parte de un todo. Se recomienda, entonces, utilizar la denominación “persona con discapacidad”, así como también mencionar la deficiencia: “persona con problemas de visión o discapacidad visual”, “persona con problemas de audición”, “persona con discapacidad intelectual”, etc.

Tampoco utilizar términos como incapacidad o invalidez, ya que conllevan una carga peyorativa al implicar la idea de una persona que no es capaz o que no es válida.

La actitud paternalista comunica el sentirse superior, en posición de dar algún tipo de protección. Es habitual, en la vida cotidiana y en los medios de comunicación encontrar la actitud compasiva, personas diciendo “pobrecitos”, o el posicionamiento en una actitud de dádiva o benefactora. Esta actitud niega la condición de sujeto que tiene derecho a tener la mayor autonomía posible, a recibir el mismo trato respetuoso y ser reconocido en sus derechos, cualesquiera sean sus cualidades.

También es necesario no estigmatizar a las personas que tienen alguna deficiencia como personas que sufren o padecen. El INADI sugiere utilizar el verbo “tener”, por ejemplo: tiene discapacidad visual. No deberían utilizarse términos negativos como “padecer”, “sufrir”, “estar afectado afectada por”, “ser víctima de”. Estos términos proceden de la presunción de que una persona con una deficiencia sufre o experimenta una disminución en su calidad de vida. Cuando se describe a una persona que tiene una deficiencia, se

debe usar un lenguaje neutral. No todas las personas con una discapacidad sufren; tampoco se encuentran en posición pasiva de víctima o de ser/estar afectado.

### **Trastorno del Espectro del Autismo o TEA**

Este trastorno es una afección neurológica y de desarrollo, se trata de un síndrome con un espectro muy amplio y no es una enfermedad.

Las personas con Trastorno del Espectro del Autismo pueden estar diagnosticadas como Trastorno generalizado del desarrollo, conocido como TGD, Autismo o Asperger, esta diferencia en los diagnósticos se debe a las diferencias entre criterios en las ediciones del DSM 4 y DSM 5.

En el manual DSM4 a este tipo de trastornos se los denominaba Trastorno generalizado del desarrollo y, a su vez, este grupo se dividía en 5 diagnósticos:

- Síndrome de Rett.
- Trastorno desintegrativo de la infancia.
- Autismo.
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado.
- Y Síndrome de Asperger.

Sin embargo, en el año 2013, se publicó la una nueva versión del manual, el DSM V, y es ahí donde se unificaron estos diagnósticos bajo la denominación de Trastorno del Espectro Autista.

El Trastorno del espectro autista es un cuadro que afecta, principalmente, al desarrollo temprano. Comienza en la niñez y dura toda la vida, la mayoría de las veces, puede identificarse antes de los 2 años de vida, otras veces se detecta en el comienzo de la escolaridad, jardín o guardería, donde se hacen visibles las interrelaciones sociales con otros niños. Este cuadro trae dificultades en:

- la interacción social,
- la comunicación,



- la conducta,
- el procesamiento sensorial.
- También se general intereses restringidos y repetitivos.

Se habla de **Espectro** del autismo aludiendo que diferentes personas con TEA pueden tener diferente variedad de síntomas. Cada persona con autismo tendrá un conjunto de rasgos, todos en diferentes áreas del espectro. Por eso, todas las personas con autismo no actúan de la misma manera y van a variar, aunque tengan el mismo diagnóstico en sus áreas a trabajar.

Los niños diagnosticados con TEA se deben tratar porque el tratamiento hace que mejoren sus dificultades. Resulta fundamental para sus avances realizar un diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado con especialistas trabajando desde diferentes áreas es importante para el desarrollo del niño.

En cuanto a las causas, algunos estudios científicos han demostrado que existe un problema en la estructura, función, tamaño y forma de algunas partes del cerebro. También se sabe que hay un componente genético que, unido a aspectos ambientales, podrían ser factores determinantes en el desarrollo de esta condición, pero aún no ha sido demostrado con exactitud.

En relación a su clasificación podemos decir que se diferencian dos tipos de Autismo:

- El autismo de nacimiento en el que se evidencian manifestaciones antes del primer año de vida. Estas manifestaciones, muchas veces, no son simples de detectar por padres o el entorno familiar, ya que son características propias del desarrollo de un bebé. Algunas de ellas son:
  - No hay aparición de sonrisa social.
  - El niño no busca el contacto ocular, rechaza la mirada.
  - No adopta la posición propia de los niños que quieren que los tomen en brazos.

- Hay un atraso en pautas madurativas motoras y cognitivas acordes a la edad del bebé.
- Le cuesta mucho calmarse.
- No sonríe y no expresa alegría a los 6 meses.
- No hay intercambio de sonidos, sonrisas o gestos faciales a los 9 meses.
- Tiene escaso interés por otros niños después de los 10 meses.
- Tiene mayor interés por el mundo de los objetos que por las personas.
- Por su parte, el autismo regresivo se nota cuando el niño ha alcanzado determinadas habilidades acordes a su edad y de pronto se produce un retroceso, comienzan a mostrar una pérdida del lenguaje y habilidades sociales y motoras que ya habían logrado, esto sucede alrededor de los dos o tres años.

En cuanto a las características con respecto a la comunicación y el lenguaje en los niños con TEA encontramos:

- Adquisición tardía del habla.
- Falta de intención comunicativa.
- Estereotipias. Estos son movimientos, posturas o voces sin sentido o sin finalidad concreta y repetitivos o ritualizados, que siguen un repertorio particular.
- Repeticiones y Ecolalias. La ecolalia es la repetición de palabras o frases que ha escuchado con anterioridad; ya sea inmediatamente antes o transcurrido un tiempo, que puede ir desde segundos o minutos después, hasta años. Puede ser algo que le hayan dicho o algo que ha escuchado en la televisión, la radio, en una canción, etc.
- Y, por último, dificultad para la anticipación. Es la dificultad que tienen las personas con TEA para predecir lo que va a ocurrir en su entorno. Como consecuencia, surge la tendencia a que su entorno no varíe, dando lugar a conductas estereotipadas, rituales, preferencia por situaciones cotidianas, rutinarias y entornos conocidos

**Habilidades sociales:** estas son las conductas que nos permiten interactuar adecuadamente con los demás, tomar decisiones, tener en cuenta diferentes puntos de vista, resolver conflictos y detectar tanto las propias emociones como la de los otros, estas incluyen los comportamientos, pensamientos y emociones, respondiendo al contexto social en que nos encontramos.

Las personas con Trastorno del espectro autista tienen desafíos a trabajar con respecto a este tema. Esos son:

- Su relación con otros niños y adultos es de manera limitada, insólita o fija.
- Hay ausencia de mirada intencional.
- También falta de búsqueda de contacto corporal.
- Y ausencia de reciprocidad emocional.

En cuanto a los intereses:

- Hay una reiteración y restricción de intereses,
- Poca relación con el mundo exterior,
- Rituales y
- Resistencia al cambio.

Por eso es importante acompañar su aprendizaje social y emocional enseñándole las habilidades esenciales para desarrollar competencias, tanto en el área social, como también emocional.

### **Capacidades cognitivas de las personas con TEA**

Cuando hablamos de capacidades cognitivas nos referimos a la habilidad que tenemos para asimilar y procesar los datos que nos llegan desde diferentes vías, como percepciones, experiencias, creencias, sentidos, para convertirlos en aprendizaje y luego en conocimiento. Este proceso involucra la atención, la memoria, el lenguaje, el razonamiento y la toma de decisiones, habilidades que forman parte del desarrollo intelectual y de la experiencia de cada persona.

En lo que respecta a lo cognitivo, las personas con TEA pueden presentar:

- Desafíos para generar amistades,
- para interpretar sentidos figurados, metáforas, ironías y
- para comprender normas implícitas.
- Así como también dificultad para la anticipación, que es el desafío que tienen para predecir lo que va a ocurrir en su entorno.

### **Funciones ejecutivas de las personas con TEA**

Las funciones ejecutivas están relacionadas con las funciones cerebrales que ponen en marcha, organizan, integran y manejan otras funciones. Hacen que las personas sean capaces de medir las consecuencias a corto y largo plazo de sus acciones y de planear, mantener, supervisar, corregir y alcanzar los resultados o metas.

Los desafíos que enfrentan en relación con las funciones ejecutivas tienen que ver con:

- Anticipar situaciones.
- Organizar, secuenciar el paso a paso para lograr un objetivo, o mantener información en la mente.
- Producir conductas con un sentido o meta definidos.
- Iniciar y sostener una actividad sin ayuda.
- Monitorizar la propia ejecución de la tarea o actividad.
- Autocorregir los propios errores.
- Generar diferentes soluciones a un mismo problema.
- Poner en práctica lo aprendido.
- Autorregular las emociones y
- Cambiar el foco de atención de un estímulo a otro estímulo.

En relación a la integración sensorial podemos decir que esta es un proceso neurológico que organiza las sensaciones que vienen del propio cuerpo y del mundo exterior y que es captada a través de los órganos de los sentidos. Cuando la integración sensorial no se

desarrolla como debiera se perciben las sensaciones de manera confusa, impactando en el nivel de alerta y atención, la autorregulación y la organización para los desafíos del medio.

Las personas con TEA pueden tener hiper o hipo reactividad ante los estímulos sensoriales, ya que pueden procesar los estímulos del entorno de manera diferente. Esta manera distinta de procesar los estímulos, puede afectar los sentidos como la vista, el gusto, el tacto, el olfato, la audición, la propiocepción, que es el sentido que nos informa dónde están las diferentes partes del propio cuerpo y también de sus movimientos y el sentido vestibular que está relacionado con el equilibrio.

La primera en identificar la disfunción en integración sensorial ha sido la Dra. A. Jean Ayres. Ella es la autora del Tests de Integración Sensorial y Praxis, y fue una de las principales terapeutas ocupacionales líderes en el desarrollo de la teoría.

Cuando una persona experimenta hipersensibilidad ante ciertos estímulos, la sobreestimulación puede generarle malestar y provocar comportamientos de respuesta como evitación o escape. Es por eso que los contextos, como por ejemplo lugares con muchas luces, sonidos muy altos o aglomeraciones de personas, pueden suponer un reto para las personas con TEA.

En cambio, cuando una persona experimenta hiposensibilidad sensorial, la falta de estimulación puede generar malestar y puede manifestarse en una falta de identificación de estímulos que puedan ser nocivos, como, por ejemplo, que tengan problemas para identificar el dolor. Algunas veces esa hiposensibilidad produce alteraciones en el equilibrio, por lo que pueden buscar estimulación mediante mucha actividad saltar, trepar, correr, girar, para poder regular sus sentidos.

Por lo general, los niños demuestran una reactividad a ser hipersensibles o hiposensibles, en distintas áreas del procesamiento sensorial, pero, en ocasiones, pueden presentar rasgos de las dos, aunque siempre con prevalencia de una de ellas. Entonces,

encontramos personas sensibles a los sonidos, otras al movimiento, otras al equilibrio, por eso, es que el espectro autista varía tanto de persona a persona.

Comprender cómo funcionan los sentidos de cada persona con autismo es la clave para poder dar los apoyos necesarios y no forzarlos a realizar o a tolerar aquello para lo que aún no están listos.

### **Al trabajar con personas con Autismo es importante tener en cuenta:**

- En cuanto a las estrategias visuales, la estructura física del lugar donde vamos a trabajar, la forma como están distribuidos los muebles y materiales que vamos a utilizar. No es conveniente tener a la vista muchos elementos, solo los necesarios, para que la persona pueda enfocarse en la actividad que vamos a realizar.
- Se puede trabajar con pecs o pictogramas, materiales visuales, como dibujos, láminas, fotografías o símbolos, son elementos de gran ayuda para las personas con autismo, ya sea para el aprendizaje, el desarrollo de la comunicación, y regular su comportamiento.
- También es importante anunciarle a la persona con autismo la actividad que se va a realizar, dividiendo la tarea en pequeños pasos y hacer un dibujo o una fotografía de cada paso.
- Anticiparse a los hechos, ya que lo nuevo o diferente de lo habitual les genera ansiedad y malestar. Por tanto, anticipar es fundamental para que la novedad o los cambios no los sorprendan. Para esto, se puede tener una cartelera con la secuencia de actividades que se van a realizar en el día, la agenda visual les permite estar bien dispuestos a realizar las actividades programadas.
- Dar las indicaciones en forma apropiada, es necesario estar de frente a la persona para hablarle y a la misma altura.
- Evitar frases confusas, usar pocas palabras y emitir un único mensaje que sea claro.
- Trabajar en equipo y unificar criterios es fundamental para trabajar con niños.

Las personas con autismo tienen muchas habilidades, que es necesario descubrir para trabajar sobre ellas. No trabajamos con sus dificultades, ayudamos a construir desde sus fortalezas.

También es importante plantear objetivos en equipo, los objetivos generales de las estrategias de trabajo en niños con autismo deben ser realizables, acordes a la persona que estamos acompañando. Entonces, es importante:

- Potenciar la autonomía e independencia de los niños.
- Desarrollar el control de la propia conducta y adecuación al contexto social en el que se encuentra.
- Potenciar las habilidades sociales y la comprensión, así como también el seguimiento de normas.
- Desarrollar estrategias de comprensión y de expresión de emociones.
- Fomentar la intención comunicativa y la reciprocidad en la comunicación.

### **Trastorno de Déficit Atencional y Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad**

El DSM5 lo define como “un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo”. Este se caracteriza por la presencia de tres síntomas fundamentales:

- Disminución de la atención.
- Impulsividad.
- y/o hiperactividad.

Hay algunos subtipos dentro de este síndrome.

- Uno en el que predomina la hiperactividad.
- Otro en el que predomina el déficit de atención.
- Y otro, el más numeroso, en el que hay combinación de déficit de atención y de hiperactividad.

Se lo define como un cuadro orgánico, con origen en deficiencias anatómico-biológicas que afectan preferentemente a ciertas estructuras cerebrales. La mayoría de los casos son hereditarios. A pesar de que las dificultades atencionales pueden incidir negativamente en el rendimiento académico, el Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad no es un retraso mental ni falta de inteligencia, ya que puede darse en personas de cualquier nivel de inteligencia.

El diagnóstico requiere evidencia de los tres signos fundamentales del síndrome: déficit de atención, impulsividad e hiperactividad.

El diagnóstico de **déficit de atención** según el DSM 5 dice que se deben presentar seis o más de los siguientes síntomas persistiendo por al menos seis meses a un grado que es mala adaptación e inconsistente con el nivel de desarrollo que debería tener el paciente.

Síntomas:

- Fallo para prestar atención profundamente a los detalles,
- Dificultad para sostener la atención en las actividades,
- No escucha cuando se le habla directamente,
- No sigue las instrucciones que se le dan,
- Dificultades para seguir conversaciones,
- Evita las conversaciones que requieren esfuerzo mental sostenido,
- Pierde u olvida cosas necesarias para las actividades,
- Se distrae fácilmente por estímulos externos,
- Por último, es olvidadizo en las actividades diarias.

Para el diagnóstico de Hiperactividad e Impulsividad, según el DSM 5, se debe presentar una persistencia de seis de los siguientes síntomas, por, al menos, seis meses:

- En relación a la hiperactividad:
  - La persona es intranquila,
  - Se levanta del asiento cuando debería permanecer sentada,



- Va de un sitio para otro en situaciones en las que debería estar quieta,
- Tiene dificultades para jugar sosegadamente,
- Actúa como si "estuviera movida por un motor" y
- Habla excesivamente
- Respecto a la impulsividad:
- La persona contesta las preguntas antes de serle formuladas,
- Tiene dificultades para esperar su turno e
- Interrumpe o molesta a las otras personas.

### **Comorbilidades y problemas asociados al Trastorno de Déficit Atencional con y sin Hiperactividad**

La Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad, también conocida como Fundación CADAH, sostiene que existen comorbilidades y problemas asociados al Trastorno de Déficit Atencional con y sin Hiperactividad.

Comorbilidad: hace referencia a patologías coexistentes o adicionales en relación con el diagnóstico inicial. Para prevenir estas patologías asociadas es fundamental el diagnóstico precoz y una intervención temprana y eficaz de los síntomas con los profesionales especializados.

Comorbilidades:

- Una de ellas se corresponde con los trastornos de conducta disruptiva. Los trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta incluidos en el DSM-5 son:
  - El trastorno opositorista desafiante que se presenta mediante un patrón de enfado o irritabilidad, discusiones y actitud desafiante o vengativa, y que se exhibe durante la interacción, por lo menos, con un individuo que no sea un hermano.

- También el trastorno de conducta que se manifiesta a través de un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad.
- Y, por último, el trastorno de personalidad antisocial que manifiesta un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años.

Por su parte, también tienen comorbilidad con:

- El trastorno de ansiedad,
- El trastorno obsesivo compulsivo,
- La depresión,
- El trastorno bipolar y
- Ciertos signos de T.E.A., como, por ejemplo, los trastornos del procesamiento sensorial, como hipersensibilidad al tacto, hiposensibilidad al tacto, hipersensibilidad al movimiento e hiposensibilidad al movimiento.

La intervención temprana en el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad, es fundamental para ayudar a los niños y adolescentes a desarrollar su capacidad de autocontrol, a manejar la sintomatología del trastorno, las frustraciones, a mejorar y entrenar la socialización, la modificación de conductas disruptivas, relajación, etc.

Por ejemplo, la Psicoeducación consiste en un abordaje que enseña al afectado y su familia en qué consiste el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, qué características tiene y qué se puede hacer para mejorarlo.

Por su parte, el enfoque Terapéutico Cognitivo Conductual, es la herramienta más eficaz para trabajar con las personas con T.D.A.H. sobre todo en lo que respecta al área social, que es una de las áreas donde mayores dificultades tienen los niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

También es importante un entrenamiento en técnicas de relajación y trabajo corporal que ayudan a controlar el exceso de actividad, los estados de agitación, nerviosismo y ansiedad. Así como también resulta importante favorecer la práctica de actividades físicas o culturales, o de tipo social, ayudan a mejorar la autoestima de estos niños y a desarrollar y potenciar otras capacidades y habilidades que presentan.

### **Discapacidad intelectual o trastorno del desarrollo intelectual**

Según el DSM 5, es un “trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico”. También implica limitaciones en el proceso cognitivo en lo que respecta a las habilidades que la persona aprende para funcionar en su vida diaria y que le permiten responder ante distintas situaciones y lugares. Por ese motivo, los niños con discapacidad intelectual se distraen con facilidad y experimentan periodos de atención breves, ya que la atención requiere concentración y retención.

Hay muchos tipos y causas diferentes de discapacidad intelectual. Algunos se originan antes de que un bebé nazca, otros durante el parto y otros a causa de una enfermedad grave en la infancia. Otra causa puede ser también por un traumatismo derivado de un golpe fuerte en el cerebro, que ocasiona diferentes formas y características de la discapacidad intelectual.

Este tipo de discapacidad es para toda la vida y se expresa en la relación con el entorno, por tanto, depende tanto de la propia persona como de las barreras u obstáculos que tiene a su alrededor. Es por eso que, si logramos un entorno más fácil y accesible para todos, las personas con discapacidad intelectual podrán tener menos dificultades.

## **Inteligencia**

La inteligencia es un proceso amplio que abarca una enorme cantidad de funciones de la mente humana, para lograr adaptarse a diversas situaciones. Se define como la capacidad de una persona para adaptarse con éxito a situaciones determinadas.

La inteligencia de los niños con alguna discapacidad de tipo intelectual presenta diferencias significativas en los componentes del pensamiento, ya que todos tienen actos inteligentes, es decir, todos piensan. Sin embargo, no siempre cuentan con las herramientas para resolver problemas y dar respuestas adecuadas, que aseguren su adaptación exitosa a una nueva situación o a una nueva experiencia de aprendizaje. Por ello, la conducta adaptativa se manifiesta con limitaciones significativas para funcionar en las actividades de la vida diaria.

Cuando nos referimos a la conducta adaptativa estamos hablando del conjunto de habilidades conceptuales y sociales, y las prácticas que aprenden las personas para funcionar en las distintas situaciones cotidianas como la familia, la escuela, la sociedad y en la vida misma. Las personas con alguna discapacidad intelectual de carácter leve y moderado pueden llegar a alcanzar altos niveles en lo que respecta al cuidado de sí mismos, autosuficiencia, manejo de las relaciones con los demás e integración en la sociedad y el mundo laboral.

Desde el año 2011, la denominación del retraso mental cambio por la de 'trastorno del desarrollo intelectual' o "discapacidad intelectual". No solo cambia el nombre de este trastorno, sino que también se modifica su evaluación para dar una mayor importancia a la capacidad de desenvolvimiento de la persona en su vida diaria. Por eso, vamos a encontrar a personas con diagnóstico de Retraso Mental y otras con diagnóstico de Trastorno del Desarrollo Intelectual, esta denominación va a depender del año en que fueron diagnosticados.

### **Desafíos que tienen los niños con discapacidad intelectual:**

- Pueden presentar dificultades en el área de comunicación y/o lenguaje,

- Inmadurez emocional, dificultad para identificar emociones propias o de otros,
- Ingenuidad,
- Disminución de habilidades cognitivas,
- Frecuentemente se sienten más seguros para desenvolverse en ambientes que para ellos ya son conocidos,
- También retraso en el desarrollo de su propia autonomía y de su independencia personal,
- Dificultad para concentrarse en un tema puntual, así como también para focalizarse y prestar atención,
- Por otra parte, necesitan de motivación y apoyo constante tanto para iniciar como para finalizar una actividad,
- Su ritmo de aprendizaje es más lento,
- Tienen poca iniciativa para emprender actividades,
- Muy poca tolerancia a la frustración, así como también,
- Dificultades en la comprensión de instrucciones y órdenes.

Es importante tener en cuenta que los trastornos de la inteligencia no son una enfermedad, sino una condición humana.

### **Síndrome de Down**

Este se trata de una alteración genética ocasionada por la presencia de un cromosoma extra en el par 21, que se produce durante la división celular en el momento de la gestación y se lleva durante toda la vida. No es una enfermedad ni padecimiento. Siempre que hablamos de Síndrome nos estamos refiriendo a un conjunto de características, y Down es el apellido del médico que lo descubrió en el año 1866.

Los niños con síndrome de Down presentan rasgos físicos similares, de modo que se parecen mucho entre sí, y enfrentan una condición de vida diferente, no una enfermedad.

Tres características que distinguen a los niños con este síndrome son: bajo tono muscular, discapacidad intelectual y retardo en el lenguaje.

Si bien tienen rasgos físicos similares, las personas con Síndrome de Down no son todas iguales, como cualquier otro individuo, tienen gustos, talentos para ciertas tareas, dificultad para otras, defectos y virtudes que van desarrollando a lo largo de su vida. Quienes tienen síndrome de Down necesitan apoyo adicional para lograr algunos aprendizajes y objetivos. Para eso, como en otras condiciones que vimos anteriormente es importante dar una estimulación temprana, lo antes posible, con los distintos profesionales de acuerdo al área a que lo requiera.

### **Diferencia entre berrinche y crisis**

El **Berrinche** es un aspecto puramente conductual, sucede cuando un niño está tratando de obtener algo que quiere o necesita. Son frecuentes en niños pequeños y tienden a disminuir una vez que los niños desarrollan su lenguaje. Ellos pueden controlar esa conducta, pueden detenerse en la mitad de un berrinche. Esta conducta posiblemente terminará cuando obtengan lo que quieren o cuando se den cuenta de que no lo obtendrán actuando de esta manera.

La **Crisis**, en cambio, es una reacción que tienen las personas cuando se sienten abrumadas. En algunos niños con autismo, con T.D.A., o T.D.A.H., sucede cuando sus sentidos están expuestos a demasiada información y tienen que procesar toda esa estimulación sensorial o emocional. Ellos se alteran con ciertos sonidos, luces, texturas y olores. Ese exceso de estimulación se desborda en forma de gritos, llanto, agresiones, auto agresiones, huidas, golpes o aislamiento. En este momento el niño no puede controlar esta conducta. A diferencia del berrinche, la crisis tiende a terminar cuando el niño está agotado o cuando el exceso de información sensorial disminuye.

Es muy importante, por lo tanto, trabajar con el niño en el reconocimiento de las emociones, este aspecto nos ayudará a evitar que se lleguen a situaciones explosivas

Anticiparse es lo más importante para saber detectar la crisis antes que aparezca.

La crisis se desata luego de varios acontecimientos, es una sumatoria, hasta que algo colma el vaso y ya no hay vuelta atrás. En los niños con Trastorno del Procesamiento Sensorial, llega un momento en que el niño se siente tan saturado que necesita explotar para poder regularse.

### **Cómo intervenir cuando se desata la crisis**

Cuando el niño sufre una crisis hay que dejar que lo consuele la persona más cercana, quien tenga mayor vínculo afectivo con él. El niño, en ese momento, no podrá escuchar nada de lo que le dicen, por lo tanto, hablarle será contraproducente. Generalmente, lo mejor, es abrazar al niño, eso ayudará a que se calme y limitará su movimiento de modo que no pueda herirse. El niño podría tratar de liberarse al principio, pero después, de un tiempo se calmará. Es importante observar los alrededores del niño cuando está teniendo una crisis e intentar despejar el lugar de objetos peligrosos con los que puedan golpearse.

### **Trastorno Específico del Lenguaje o TEL**

Es un trastorno relativamente frecuente en la infancia, que afecta a la adquisición y desarrollo temprano del lenguaje. No siempre afecta con la misma intensidad, ni a todos los componentes del lenguaje, por tanto, los síntomas varían de un niño a otro. Pueden verse alteradas tanto la forma, el contenido como así también el uso del lenguaje a nivel expresivo a través del lenguaje oral, como también puede ser a nivel receptivo, por lo que, en ese caso, a los niños también les cuesta comprender lo que otros les dicen y su mayor importancia radica en el hecho que alteran la capacidad de comunicación del niño con sus padres y pares.

En la etapa escolar, los trastornos del habla y del lenguaje pueden asociarse a dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura, a un rendimiento escolar deficiente, con el cálculo matemático, problemas atencionales, hiperactividad, comportamientos disruptivos, problemas para la comunicación social, comportamientos negativistas y desafiantes.

También el niño tiene mayor riesgo de padecer problemas emocionales en la adolescencia y grandes dificultades para las relaciones sociales. Por eso, como ya dijimos en varias oportunidades la detección temprana y el abordaje interdisciplinario resulta beneficioso para el niño, ya que, de esa manera, obtiene las herramientas para desenvolverse con autonomía.

Los trastornos específicos del lenguaje forman parte de una categoría muy heterogénea, cuyo origen pueden estar relacionado con la presencia de un retraso significativo en el desarrollo de las habilidades comunicativas y lingüísticas de los sujetos, persistente en el tiempo, y que no puede ser explicado en términos de déficits cognitivos, neurológicos, socioemocionales, perceptivos o motores, aunque también tienen coexistencia con otras patologías o alteraciones.

Estos afectan distintos niveles del lenguaje:

- A nivel fonético o fonológico se ve afectada la articulación de los sonidos aislados o de las palabras.
- A nivel lexicosemántico afecta el uso de la palabra para dar significado a lo que le rodea. Se caracteriza por el uso reducido de verbos.
- A nivel morfosintáctico se ve afectado el orden de las palabras dentro de una frase.
- Finalmente, a nivel pragmático afecta al uso del lenguaje para comunicarse.

Este tipo de trastorno se visibiliza en los primeros acercamientos a la escolaridad, cuando encontramos niños con escasos recursos comunicativos, cuando no hay respuestas a las consignas dadas. Es importante su detección y comienzo de tratamiento antes del ingreso escolar, para evitar que derive en problemas en la lectura y la escritura.

### **Rol del Acompañante Terapéutico**

En relación a la comunicación es importante tener en cuenta:

- Darle tiempo al niño para responder a las preguntas,
-



- Evitar exponerlo a hablar en público, a no ser que el niño lo pida,
- Dar prioridad al lenguaje oral y, de ser necesario, acompañar el mensaje con dibujos, imágenes de lo que queremos transmitir.
- También las consignas deben ser claras y cortas.
- De acuerdo al nivel de vocabulario del niño es necesario simplificar las respuestas, hacer preguntas cuya respuesta sea sí o no, o por dos opciones, como verdadero o falso, además de unir con flechas, todo lo que simplifique su aprendizaje.

Siempre tener en cuenta las singularidades, para eso es importante ajustar los procesos de aprendizaje, evaluación y comunicación a la singularidad de cada niño.

El rol del Acompañante Terapéutico va a estar siempre orientado a generar condiciones de autosuficiencia, y entornos inclusivos para beneficiar la autonomía del niño que tiene alguna condición a trabajar. Para este fin, y en lo que respecta a niños con trastornos específicos del lenguaje, resulta importante tener en cuenta:

- Hablar claro y directo, buscando el contacto visual,
- Permitir mayor tiempo en la producción y ejecución de actividades,
- Emplear apoyos visuales para compensar sus dificultades de comprensión,
- Reforzar las áreas en las cuales ellos se sientan cómodos y potenciarlas al máximo resaltando sus habilidades y trabajando a partir de ellas.
- También es importante adaptar nuestro lenguaje; hablarle más despacio de lo habitual, sin romper la entonación natural, utilizando frases sencillas adaptadas a su nivel de producción y comprensión del lenguaje.
- Además de dar al niño sólo una instrucción a la vez, no corregirlo de forma directa, no decirle que lo dijo mal, valorar el esfuerzo que hace para comunicarse.
- No exigirle respuestas ni el uso del lenguaje, sino utilizar estrategias funcionales que nos ayuden a que el niño, de a poco, vaya desarrollando el lenguaje.
- Incluso es de suma importancia favorecer su participación espontánea y
- Estimular el desarrollo de competencias narrativas y conversacionales.

La intervención temprana en las discapacidades que afectan distintas áreas en niños es la que ayuda para construir las habilidades de la vida diaria y colabora para sortear problemas futuros de comportamiento. Las áreas de habilidades generales en las que hay que centrarse para trabajar acompañando a un niño son: la comunicación, educación, actividades de la vida diaria, y las habilidades sociales.

Es importante que el acompañante terapéutico tenga en cuenta que debe ir más allá del diagnóstico, que, muchas veces, funciona como etiqueta, sobre todo en los niños, es importante descubrir y valorar poco a poco las fortalezas y las habilidades de cada niño. Además de reconocerlos como personas únicas con sus características individuales, su contexto, su propia historia y sus propios desafíos