



Nombre de alumnos: Rafael Torres Adorno

Nombre del profesor: Nancy Domínguez Torres

Nombre del trabajo: Valoración física, valoración cognitiva

Materia:

Patología del niño y adolescente

Grado:

Quinto

Grupo: U

Pichucalco, Chiapas a 12 de febrero de 2021.

INTRODUCCION:

La comunicación forma parte esencial de nuestra vida diaria. Necesitamos comunicarnos con nuestros padres, abuelos, hermanos, amigos, compañeros de escuela, profesores y colaboradores. Estamos siempre comunicándonos, a veces de forma intencionada, otras no, mediante nuestras palabras, gestos, expresiones faciales y nuestra vestimenta.

Algunos de estos problemas son comunes a muchas personas con síndrome de Down, otros lo son menos, pero en realidad no hay algo como “habla propio del síndrome de Down”. Muchos factores que afectan a las habilidades del habla y lenguaje en estos niños pueden afectar también a las de otros niños y adultos. Esto significa que sabemos cómo ayudar en los problemas específicos de comunicación.

El autismo es un síndrome neuropsiquiátrico grave con una amplísima gama de manifestaciones e interrogantes que representan un enorme desafío a las neurociencias. El reto a enfrentar consiste en investigar, comprender y explicar el trastorno y su solución. Esta revisión pretende un acercamiento actualizado al tema con el propósito de ofrecer una mirada general a los interesados sean o no neurocientíficos. Esencialmente, se dirige a quienes trabajan en atención primaria de salud, como principal nivel de recepción, desde donde se comienzan a coordinar los esfuerzos transdisciplinarios e intersectoriales que demanda la asistencia a estas personas especiales.

A continuación, analizaremos acerca de las características físicas y cognitivas de estos síndromes, que se puede enfrentar y superar.

INDICE

INTRODUCCION	2
VALORACION CEFALOCAUDAL	4
Síndrome de Down	4
VALORACION COGNITIVA.....	5
PACIENTES CON AUTISMO.....	9
VALORACION COGNITIVA.....	11
CONCLUSION	14
BIBLIOGRAFIA	15

VALORACION CEFALOCAUDAL

Síndrome de Down

Son muchas las características físicas que se toman como base para suponer que un bebé tiene síndrome de Down. Hasta cierto punto algunas de ellas se pueden presentar en la población en general, por lo que en el caso de que el médico sospeche de la presencia del síndrome de Down, debe realizar lo más pronto posible un cariotipo para confirmar o descartar su diagnóstico.

Boca. Frecuentemente la boca del bebé es pequeña y el paladar poco profundo. La combinación de estos rasgos con la hipotonía muscular, causa la protusión de la lengua o que ésta parezca muy grande en comparación con el tamaño de la boca.

Nariz. Es posible que la cara del bebé sea ligeramente más ancha que la de otros bebés y que su puente nasal sea más aplanado; también es frecuente que la nariz sea más pequeña, al igual que los conductos nasales, lo que puede provocar que se congestionen con mayor facilidad.

Dientes. Los dientes pueden tardar en salir y estar mal implantados, también pueden ser más pequeños de lo normal.

Orejas. Puede ser que las orejas del bebé sean pequeñas, con la parte superior doblada hacia abajo, y que su posición en la cabeza sea más baja que lo usual. Los conductos auditivos tienden a ser pequeños lo que dificulta el examen de los oídos en caso de infección. También, a causa de su tamaño, los conductos tienden a obstruirse produciendo pérdida auditiva.

Cabeza. La cabeza de los bebés con Síndrome de Down es más pequeña que lo normal. Puede ocurrir que la parte posterior esté aplanada, por lo que el cuello puede parecer corto. Las fontanelas cierran más lentamente que lo usual.

Manos y pies. Es frecuente que las manos de los niños con síndrome de Down sean más pequeñas y sus dedos más cortos que los de otros niños. La palma de la mano suele estar atravesada por un pliegue y el quinto dedo se presenta encorvado y con una sola articulación.

Estatura. Los bebés con síndrome de Down nacen con talla y peso promedio, pero no crecen al ritmo que otros bebés. Es por eso que existen tablas especiales de crecimiento para los niños con Síndrome de Down.

Pecho. Algunas veces el pecho del bebé es cóncavo (cuando el esternón está hundido), o convexo (cuando el esternón está curvado hacia fuera). Afortunadamente esto no representa un problema médico.

Piel. Es posible que la piel del bebé con síndrome de Down esté manchada, delicada y con tendencia a irritaciones.

Cabello. El cabello de los niños con síndrome de Down es frecuentemente delgado, lacio y escaso.

VALORACION COGNITIVA

Con frecuencia, la mayor parte de las dificultades de los niños con síndrome de Down para aprender el lenguaje se debe a sus problemas intelectuales, es decir, a la discapacidad intelectual. Porque ella tiene un impacto especialmente notable sobre las habilidades comunicativas, ya que el aprendizaje del lenguaje depende mucho de las capacidades cognitivas (pensar), como son el razonamiento, la comprensión de los conceptos y la memoria.

Memoria

La memoria se define como la capacidad de almacenar y evocar la información, las acciones, los acontecimientos. Se puede dividir en memoria a largo plazo y memoria a corto plazo. La memoria a largo plazo implica habilidades aprendidas con el tiempo, como el tocar un instrumento musical o el nadar, o el recuerdo de información o de acontecimientos pasados. La memoria a corto plazo es la memoria operativa que empleamos cada día para procesar la información necesaria para afrontar las situaciones a medida que nos van sucediendo. La memoria a corto plazo es importante para el habla y para procesar el lenguaje. La memoria a corto plazo verbal es un área de especial dificultad para niños con **síndrome de Down**. Y en general, tienen mejor memoria para recordar lo que ven (memoria visual) que lo que oyen (memoria auditiva).

Memoria auditiva

Es otro término de la memoria a corto plazo verbal, es decir, retener y recordar la información que acabáis de oír. El procesamiento auditivo y el recuerdo de los sonidos emitidos al hablar se conocen como bucle fonológico. Este bucle de actividad cerebral está implicado en la memoria a corto plazo de la información verbal. Los niños con síndrome de Down tienen dificultades con el bucle fonológico. Recordar las secuencias de los sonidos y procesar la información sobre las diferencias entre los sonidos es un área difícil para ellos.

De manera ideal, la memoria auditiva nos permite recordar palabras suficientemente largas una vez emitidas, de modo que las podemos procesar y responder a ellas. Pero los niños pueden tener problemas con esto. Por ejemplo, si pedís a vuestro hijo que tome su libro de Sociales, vaya a la página 55 y haga los ejercicios numerados con números impares, puede que sólo recuerde lo primero, "tomar el libro".

Puesto que los niños con **síndrome de Down responden bien a estímulos visuales**, pueden ser capaces de seguir las instrucciones más fácilmente si las ven escritas en una pizarra. O pueden necesitar una lista a base de imágenes, sobre los pasos que hay que seguir para realizar un experimento en clase de ciencias. Los estímulos auditivos duran muy poquito tiempo, sin embargo, los niños podrán retroceder y volver a leer, o volver a mirar los estímulos visuales. Necesitan más tiempo para procesar la información, y el material visual (los libros, las instrucciones en la pantalla de un ordenador) se prestan más fácilmente a las repeticiones. Cuando se dan instrucciones auditivas, pueden grabarse para que el niño las rebobine y las oiga otra vez (usando un botón Big Mac, o un magnetofón), y también pueden programarse en un ordenador usando la voz sintética, para que vuestro hijo pueda oír las instrucciones tantas veces como lo necesite.

En el programa de educación de vuestro hijo, y en los planes de las lecciones, deberá quedar muy claro si la finalidad de cada actividad consiste en trabajar la memoria auditiva, o en aprender una asignatura específica (como ciencias o sociales). Si la finalidad consiste en aprender la asignatura, al niño no deberá

penalizársele por sus dificultades con la memoria auditiva de la asignatura. En lugar de eso, deberán usarse estrategias visuales para ayudar al niño a aprender.

Memoria visual

La memoria operativa para las actividades viso-espaciales es más fuerte en los niños con síndrome de Down que la de las actividades verbales. Por ejemplo, cuando ven que les demostráis cómo poner en marcha el nuevo DVD, es más probable que recuerden cómo hacerlo que si se lo decís verbalmente: "Presiona el botón de encendido que está arriba, y después presiona el botón de expulsar que está a la derecha". Dicho de otro modo: aprenden más fácilmente observando demostraciones que escuchando instrucciones verbales. Sus habilidades visuales son más potentes que las auditivas. Es por esto por lo que la lectura puede resultar tan eficaz para ayudar a los niños con síndrome de Down a progresar en el lenguaje.

Pensamiento abstracto

El pensamiento abstracto se refiere a la capacidad de comprender las relaciones, los conceptos, los principios y otras ideas que son intangibles. La dificultad con el pensamiento abstracto puede hacer más difícil para vuestro hijo comprender los conceptos del lenguaje. En algunas asignaturas del colegio se usa un vocabulario poco familiar que es abstracto. Por ejemplo, en sociales, las palabras como gobierno, democracia y legislación resultan difíciles porque estos conceptos se refieren a cosas que no pueden verse ni tocarse. Cuando un concepto no tiene un referente concreto, es más difícil de entender.

Al leer, los niños con síndrome de Down pueden recordar los personajes, los sucesos y el escenario, pero pueden sufrir problemas de comprensión cuando el escritor espera que sus lectores deduzcan lo que pasa sin expresarlo directamente. El lenguaje figurativo, como las metáforas y las comparaciones, también presenta dificultades para unos niños que son pensadores concretos. Por ejemplo, si a uno de los personajes se le describe como "ligero como una pluma", a vuestro hijo puede costarle trabajo entender lo que el escritor quiere decir, ya que el niño sabe que generalmente las personas pesan bastante más que las plumas. También les cuesta

comprender los refranes del tipo "más vale pájaro en mano que ciento volando", o "no vendas la leche antes de comprar la vaca".

Habilidades de procesamiento

Nuestros cerebros están procesando constantemente la información que reciben de los sentidos. La recibimos, la interpretamos y respondemos a las miradas, los sonidos y otros tipos de estimulación que proviene nuestro entorno.

Procesamiento visual. Es la habilidad para recibir, interpretar y responder a las cosas que vemos, y es en general un punto relativamente fuerte en los niños con síndrome de Down. Así como es más fácil para ellos *recordar* la información visual que la auditiva, les es también más fácil *procesar* la información visual que la auditiva. Esto se debe a que la información visual no es tan fugaz o huidiza como la auditiva, por lo que les da tiempo para darle sentido antes de que desaparezca.

Este punto relativamente fuerte en el procesamiento visual es la razón de que el aprendizaje basado en el ordenador tenga tanto éxito entre los niños con síndrome de Down. Les ofrece estímulos o pistas visuales que pueden repetirse cuantas veces deseen. Quizá por similares razones, la lectura a menudo es otro de sus puntos fuertes. Eso significa también que los dibujos, o las palabras escritas, o el lenguaje de signos les ayudarán a aprender los conceptos más fácilmente que las palabras habladas.

Procesamiento auditivo. Se refiere a la rapidez y eficiencia con que vuestro hijo interioriza, interpreta y responde a las palabras habladas, y puede ser un problema. Los **niños con síndrome de Down** por lo general necesitan más tiempo para procesar y comprender lo que se les dice, y por tanto pueden ser más lentos para responder a las preguntas o para seguir las instrucciones, incluso cuando no están experimentando problemas de memoria auditiva.

PACIENTES CON AUTISMO

- Los niños con TEA tienen una mayor amplitud en la parte superior de la cara
- Una región media más corta, incluyendo mejillas y nariz
- Una boca más amplia y/o de mayor tamaño y el surco nasolabial iniciando por debajo de la nariz hasta la parte superior del labio.

Hasta la fecha **una de las mayores dificultades a la que se enfrentan los médicos es un habitual retraso en el diagnóstico**. Aunque cada vez hay una mayor sensibilización por parte de los médicos y de la sociedad en general, hay ciertos factores que dificultan el diagnóstico precoz como son la variabilidad individual de cada niño, la variabilidad a lo largo del desarrollo, el miedo de los médicos a equivocarse (son niños de aspecto normal e incluso algunos niños tienen habilidades hipertróficas) y la ausencia de criterios diagnósticos consensuados para niños muy pequeños (menores de tres años). Además, muchos profesionales de la pediatría no tienen formación especializada en estos rasgos y necesitan de una mayor familiarización con las herramientas diagnósticas.

Primeros meses de vida

Los niños nacen ya con algunas habilidades. Les gusta mirar las caras, imitar, presentan cierta sincronía motora y un llanto que resulta informativo de lo que les ocurre. Se dice que los niños pequeños son “comunicativos antes que intencionales” y son sociales por naturaleza. Los niños antes de nueve meses ya pueden seguir la mirada de su madre.

En estas edades tan precoces ya hay unos signos tempranos de autismo. Los más tempranos son el pobre contacto ocular, es un contacto visual reducido, la sonrisa es escasa, no responden a su nombre, no hay un seguimiento visual... con frecuencia son niños “muy tranquilos”, “no demandantes”.

Más adelante aparecen signos como la no imitación o simbolización (dar de comer a los padres, a los muñecos, ponerlos a dormir...), la ausencia de atención compartida (disfrutar, por ejemplo, de que un cuento se lea con la madre o el padre), la ausencia de juego con los demás (compartir con otros niños) o el dedicar pocas miradas a las personas.

Se trata de unos déficits tempranos que persisten en el tiempo, probablemente porque tienen que ver con el aprendizaje social que está alterado.

Entre los 18 y los 36 meses de edad

Así, entre los 18 y 36 meses de edad se pueden percibir signos como

- Sordera aparente, no responde a llamadas o indicaciones. Parece que oye algunas cosas y otras no.
- No persigue por la casa a los miembros de la familia ni alza los brazos cuando está en la cuna para que le cojan. Parece que nos ignora.
- Cuando se le coge de la cuna o el parque no sonrío ni se alegra de ver al adulto.
- No señala con el dedo y mira al adulto para comprobar que éste está también mirando donde él señala.
- No señala con el dedo para compartir experiencias ni para pedir.
- Tiene dificultades con el contacto ocular, casi nunca lo hace y cuando mira hay veces que parece que "atraviere con la mirada", como si no hubiera nada delante de él.
- No mira a las personas ni lo que están haciendo.
- Cuando se cae no llora ni busca consuelo.
- Es excesivamente independiente.
- Reacciona desproporcionadamente a algunos estímulos (es muy sensible a algunos sonidos o texturas).
- No reacciona cuando se le llama por el nombre.
- Prefiere jugar solo.
- No dice adiós.
- No sabe jugar con los juguetes.

A partir de los 36 meses

- Tiende a ignorar a los niños de su edad, no juega con ellos ni busca interacción.
- Presenta un juego repetitivo y utiliza objetos y juegos de manera inapropiada; como por ejemplo gira constantemente los objetos, juega con trocitos de papel delante de los ojos, alinea objetos, ...
- Puede presentar movimientos estereotipados o repetitivos como aleteo con las manos, saltitos, balanceo, caminar de puntillas, ...

- Ausencia de lenguaje, o este es repetitivo y sin significado aparente, con tono de voz inapropiado. No dice cosas que antes decía.
- No existe imitación.
- Evita la mirada y el contacto.
- Parece cómodo cuando está solo y tiene problemas para aceptar cambios en su rutina.
- Tiene apego inusual a ciertos objetos.
- Tiene muchas rabietas.
- Está en su mundo.

En caso de presentar uno de los siguientes síntomas, es **necesario consultar con el especialista:**

- No balbucea o no hace gestos de interacción con 12 meses.
- No dice palabras aisladas con 16 meses.
- No dice frases completas con 24 meses.
- Cualquier regresión o pérdida de habilidades adquiridas a cualquier edad.

VALORACION COGNITIVA

COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN SOCIAL

Habilidades de comunicación verbal y no verbal

Las dificultades de comunicación que pueden presentar se manifiestan tanto a nivel de comprensión como de expresión.

- **COMUNICACIÓN VERBAL:** Algunas personas con TEA tienen habilidades lingüísticas adecuadas, pero encuentran dificultades para utilizarlas en una comunicación recíproca o en el contexto social en el que son necesarias. Otras no emplean lenguaje verbal y requieren el apoyo de Sistemas Alternativos y/o Aumentativos de Comunicación (SAAC) (sustituyen y apoyan al lenguaje oral, respectivamente).
- **COMUNICACIÓN NO VERBAL:** Las personas con TEA pueden experimentar dificultades para emplear o extraer el significado de gestos o

expresiones faciales de otras personas, así como de otros elementos relevantes para la interacción (contacto ocular, postura corporal, etc.), lo que puede suponerle alguna situación de malentendido.

Habilidades para la interacción social

Algunas personas con TEA pueden tener dificultades para relacionarse con los demás, comprender el entorno y desenvolverse en determinadas situaciones sociales. Se manifiesta, por ejemplo, en:

- Acercamientos sociales inusuales o inadecuados para iniciar o reaccionar ante interacciones con otras personas.
- Problemas para adaptar el comportamiento a distintos contextos o situaciones sociales.
- Dificultades para comprender las reglas sociales “no escritas”.
- Dificultades para entender o expresar las emociones de forma ajustada al contexto o a la situación.

FLEXIBILIDAD DE COMPORTAMIENTO Y DE PENSAMIENTO

Forma de pensar y comportarse

Las personas con TEA pueden tener dificultades para responder de manera flexible a las demandas de los diferentes contextos y ajustar su forma de pensar y de comportarse. Por ello, adaptarse a los cambios o a situaciones imprevistas puede suponerles un gran esfuerzo y generarles malestar, angustia o ansiedad. Puede manifestarse, por ejemplo, en insistencia en que las cosas sucedan siempre de la misma manera; en la disposición de un repertorio limitado de intereses específicos o en patrones de comportamiento rígido y repetitivo (como repetir las palabras o frases una y otra vez, exactamente de la misma forma -ecolalia-).

Estímulos sensoriales

Algunas personas con TEA presentan alteraciones en el procesamiento de los estímulos sensoriales, que se puede manifestar en malestar intenso ante determinados sonidos, olores, luces, sabores o texturas; interés inusual en aspectos sensoriales del entorno (como insistencia por oler o tocar determinadas cosas);

fascinación por luces, objetos brillantes o que giran o indiferencia aparente al dolor o a la temperatura.

CAPACIDADES DE LAS PERSONAS CON TEA

Las características que definen el TEA no se traducen únicamente en dificultades, sino que también se asocian a una serie de capacidades en las personas que forman parte de este colectivo, tales como:

- Meticulosidad
- Curiosidad por temas muy específicos
- Conocimiento especializado sobre temas de su interés
- Sinceridad
- Honestidad
- Respeto y cumplimiento de las reglas establecidas
- Atención por los detalles
- Buena adaptación y seguimiento de las rutinas
- Buenas competencias en tareas mecánicas y repetitivas
- Tendencia a ser muy lógicas
- Capacidad para escuchar sin prejuicios

CONCLUSION:

En el pasado, la deficiencia mental era el único rasgo que caracterizaba a las personas con síndrome de Down, las hacía dependientes de otras personas y las mantenía en los márgenes de la sociedad. Desde entonces, los esfuerzos tremendos realizados por las familias, los maestros y por las mismas personas con síndrome de Down han conseguido que la integración social sea mucho más alcanzable. Los niños con síndrome de Down tienen necesidades sanitarias específicas que deben ser especificadas para ayudarles en sus problemas concretos de audición, comunicación y respiración. Los papeles de los especialistas, pediatras, obstetras, genetistas, médicos generales logopedas y profesores especializados consisten en prevenir, buscar y tratar estos problemas.

El conocimiento del Autismo está avanzando rápidamente, pero aún estamos lejos de una respuesta clara a su naturaleza y causas específicas.

El autismo es un trastorno del neuro-desarrollo causado por una disfunción prenatal del sistema nervioso central. Se diagnostica como un síndrome conductual y se caracteriza por una triada de síntomas observables en los primeros 3 años de la vida: alteraciones cualitativas de la interacción social recíproca, alteraciones cualitativas de la comunicación. En la actualidad, se identifican tres niveles de análisis y explicación científica de los trastornos del espectro autista: nivel de las conductas y síntomas observables, nivel de los mecanismos, procesos y funciones psicológicos, y nivel de los sistemas y mecanismos neurobiológicos. A nivel conductual, los síntomas que caracterizan clínicamente al autismo presentan una gran variabilidad. Las personas más gravemente afectadas (que sufren también retraso mental) carecen de iniciativa social y comunicativa, se comportan de forma muy rígida y estereotipada, carecen de juego simbólico y muestran una gran inflexibilidad a los cambios del ambiente.

BIBLIOGRAFIA:

- <https://www.webconsultas.com/sindrome-de-down/caracteristicas-del-sindrome-de-down-2241>
- <https://www.downciclopedia.org/psicologia/inteligencia-y-aspectos-cognitivos/3014-evaluacion-de-la-capacidad-intelectual-en-personas-con-sindrome-de-down.html>
- https://www.researchgate.net/publication/28234863_Evaluacion_de_funciones_cognitivas_en_la_poblacion_con_sindrome_de_Down
- <http://www.autismo.org.es/sobre-los-TEA>
- <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>