medicina salud cultura

# zonahospitalaria

medikuntza, osasuna eta kultura ospitaleko gunea

www.zonahospitalaria.com añoIX septiembreoctubre2014 nº49

# EDUCACIÓN y DISCAPACIDAD

3 Nace la primera papelería responsable en Pamplona 4 Centro Une 6 Psicobasket 8 La esclerosis con microespuma, la mejor opción para el tratamiento de las varices 9 Cirugía oral y maxilofacial en el paciente con necesidades especiales 10 El pan es un valor seguro 12 Obesidad infantil ¿es posible invertir la tendencia al exceso de peso corporal? 14 Discapacidad y logopedia 15 Síndrome de Down y visión 16 El papel de la imagen diagnóstica en la valoración de la discapacidad 17 CPO, prevención oral a cualquier edad 18 La integración escolar 20 ¿Cuándo le digo que es Síndrome de Down? 23 La autoestima en los niños con Síndrome de Down, diferenciarlos o igualarlos 24 Identidad y bienestar emocional 27 Lactancia materna en bebés con Síndrome de Down 28 Neuropsicología en la educación especial 30 Alimentar educando

**Zona Hospitalaria/*Ospitaleko gunea*** Benjamín de Tudela, 35 Bajo. 31008 Pamplona **Edita/*Edizioa*** PubliSic Servicios Imagen & Comunicación S. L. **Dirección/*Zuzendaritza*** Alfredo Erroz **Redacción/*Erredakzioa*** (redaccion@zonahospitalaria.com) **Fotografía, diseño y producción/*Argazkiak, diseinua eta produkzioa*** PubliSic **Fotografía portada/*Azaleko argazkia*** Archivo **Publicidad/*Publizitatea*** 948 276 445 (aerroz@publisic.com) **D.L./*L.G.*** NA2471/2006 **ISSN** 2253-9026.

**© PubliSic S.L.** El material impreso en esta publicación sólo se puede reproducir si se cita su procedencia. El editor no comparte necesariamente las opiniones y criterios de sus colaboradores expresadas en esta revista. *PubliSic S.L. Argitalpen honetan inprimaturiko materiala soilik bere jatorria aitortzen bada erreproduzi daiteke. Editoreak ez du nahitanahiez aldizkari honetan kolaboratzaileek adierazten dituzten iritzi eta irizpideekin bat egin beharrik.*

solidaridad

# Nace la primera papelería responsable en Pamplona

**La capital navarra ya cuenta con un nuevo espacio creativo comprometido con la sociedad y el tejido local.**

De la mano del Grupo SIFU, empresa de Facility Services socialmente responsables, nace en Pamplona la primera Papelería Responsable que tiene por objetivo seguir creando empleo entre las personas con discapacidad. Este proyecto destaca por un importante valor diferencial: el **factor social**. A diferencia de una papelería al uso, **ESCID, Papelerías Responsables**, situada en la C/ Iturrama 62 y muy cerca de la zona universitaria, ofrece una amplia gama de material para oficinas, colegios, facultades o artesanías, así como múltiples productos de manualidades. El plus añadido es que toda su actividad está dirigida a ser 100% respetuosa con el medio ambiente y que con la compra de sus productos los vecinos de Pamplona pueden contribuir a la integración socio-laboral y a la **creación de empleo** para personas con discapacidad en la región.

Pero su propósito no se queda en la simple venta de material. Este nuevo espacio, también pretende convertirse en un **punto de encuentro** en la zona, un lugar para fomentar la interacción entre diferentes colectivos, así como facilitar la relación familiar a través de talleres de manualidades de todo tipo, haciendo partícipes a las diferentes asociaciones y entidades locales. Por ello, la tienda ofrece una serie de **talleres** de manualidades como el Decopatch, la Goma Eva, Dibujo y Pintura o cursos a medida, con el propósito de convertirse en nexo de unión entre quienes quieren dar a conocer sus habilidades y aquellos que buscan aprender y divertirse con el "handmade".

Entidades de la zona ya han empezado a interesarse por colaborar con ESCID en su tarea educativa y sensibilizadora, y de cara al nuevo periodo escolar empezarán a programar los primeros cursos.

## Grupo SIFU, el Centro Especial de Empleo

Este nuevo concepto de tienda socialmente responsable, surge como la primera incursión en el sector minorista de Grupo SIFU, un conjunto de Centros Especiales de Empleo con presencia en toda España.

Este grupo tiene más de **20 años de experiencia** en la inserción socio-laboral de personas con discapacidad y actualmente dispone de una plantilla de **más de 3.000 profesionales**, de los cuales un 90% tiene algún tipo de discapacidad (física, psíquica, mental o sensorial). En el último año, y a pesar de las altas cifras de desempleo entre el colectivo, han logrado crear 400 nuevos puestos de trabajo para personas con diversidad funcional a través de la externalización de servicios y ayudando a las empresas a fomentar la **Responsabilidad Social Corporativa** y cumplir con la Ley General de la Discapacidad que obliga a toda compañía de más de 50 trabajadores a reservar un 2% para este tipo de personal. La actividad principal del Grupo se centra en la externalización de Facility Services, es decir servicios de **limpieza, mantenimiento integral de espacios verdes** y una amplia gama de **servicios auxiliares y outsourcing** (consejería, recepción, mensajería interna, atención al cliente...) entre otras divisiones, como la de suministros, formación o asesoría, que son una clara muestra de su diversificación. Gracias a la tarea llevada a cabo por este CEE, **más de 1.000 empresas**, tanto del ámbito público como privado, y provenientes de diversos sectores como el aeroportuario, farmacéutico, educativo, sanitario, industrial, hotelero... ya se han comprometido con la discapacidad. Entre las más destacadas, figuran compañías tan importantes como Boehringher, Endesa, Abertis, Triodos Bank, Repsol o Mediamarkt. ■

escid grupo sifu
Papelerías responsables

**Con la compra de nuestros productos, contribuyes a la inserción laboral de personas con discapacidad**

• Papel, etiquetas, sobres y bolsas • Escritura y corrección • Regalo
• Cuadernos, blocks y agendas • Material escolar • Manualidades
• Complementos informáticos • Productos por encargo

*Consulta nuestros talleres de Decopatch, Goma Eva (Fofuchas), Dibujo y pintura...*

C/Iturrama, 62 31007 Pamplona
papeleriasescid@gruposifu.com 948 171 838

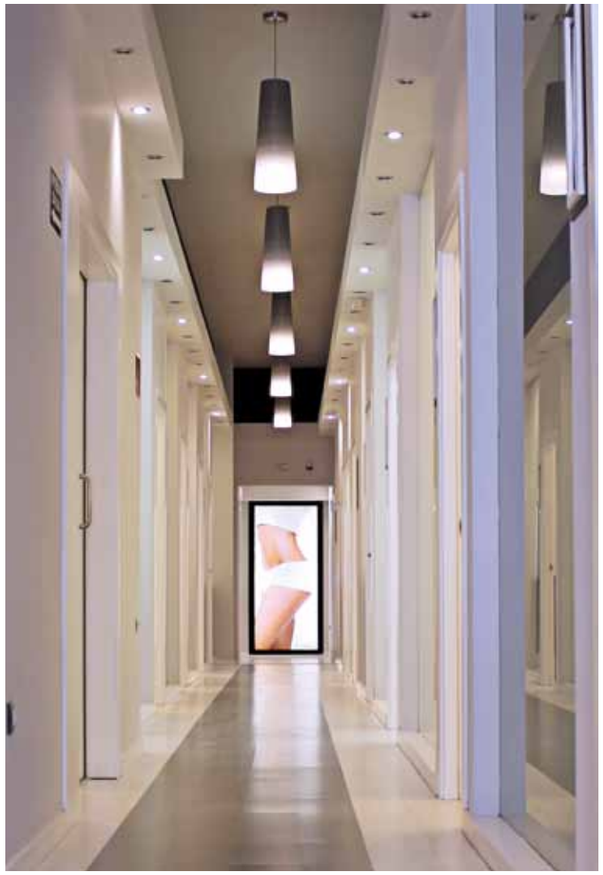
# Centro Une, alquiler de consultas y gabinetes, para los profesionales del sector sanitario y del bienestar

**ÚNICO PAGO** = CONSULTA EQUIPADA + ELEMENTOS COMUNES + LUZ AGUA INTERNET

**El Centro Une es una iniciativa diseñada para que los profesionales de la salud, estética, medicina y bienestar de Pamplona, puedan disfrutar en régimen de alquiler, de todos los servicios que tiene un centro privado, pero sin tener que realizar ninguna inversión. De esta manera, los profesionales solo se preocupan de ejercer su actividad sin tener que asumir los costes y riesgos de gestionar un local propio.**

**A su vez, este modelo de negocio está orientado a todo tipo de profesionales vinculados con la salud y el bienestar, independientemente de su especialidad. A través de un único pago, se incluyen todos los aspectos extraprofesinales para que el profesional pueda centrarse exclusivamente en su trabajo.**

**Los perfiles del Centro Une pertenecen a la Medicina estética, podólogos, fisioterapeutas, traumatólogos, nutricionistas, psicólogos, dermatólogos, ginecólogos (disponen de un ecógrafo de última generación)... con una oferta de cara al cliente lo más amplia y global posible.**



CENTRO une

- Tiene más de 450 metros cuadrados y dispone de 11 consultas y 3 gabinetes, totalmente equipadas con todo lo necesario para desarrollar cualquier tipo de actividad sanitaria.
- Ofrece la posibilidad de alquiler por jornadas sueltas durante la semana, a salas en exclusiva, lo que permite adaptarse a las necesidades del profesional en cada momento manteniendo su total independencia.
- Dispone de todas las autorizaciones necesarias para poder ejercer cualquier tipo de actividad sanitaria. Miden 12 metros cuadrados, tienen lavabo, armario con llave, hilo musical, aire acondicionado, Internet y otros servicios como la gestión de los residuos.
- Cuenta con una serie de elementos comunes, para uso y disfrute del profesional, sin ningún cargo adicional: recepción activa con gestión de citas, sala de espera, sala de reuniones, office, almacén y presencia en el Directorio exterior del Centro..
- Conviven disciplinas de diferentes áreas, relacionadas con la estética y la salud, estableciéndose sinergias y retroalimentación entre los clientes de los dferentes profesionales.

# Psicobasket

**La actividad significativa como método terapéutico: herramienta de trabajo de la Terapia Ocupacional**

*Tadea Lizarbe Horcada*
*Terapeuta ocupacional*
*Hosipital De día Infanto Juvenil Natividad Zubieta*

**Las personas de manera natural eligen actividades que les son significativas y se dirigen hacia ellas mientras se alejan de las que no lo son. Tal elección se convierte en una herramienta hábil en el proceso terapéutico y en la práctica de la Terapia Ocupacional.**

## ¿Qué es el Psicobasquet?

Los jueves a las seis de la tarde, nos juntamos un equipo de Psicobasquet bajo la tutela de la Fundación Navarra de Baloncesto Ardoi y en colaboración con asociaciones como Anfas. Actividad dirigida a niñ@s y jóvenes con discapacidad intelectual y del desarrollo en general que deseen disfrutar del baloncesto.
Se clasifica dentro de la categoría de Deporte Terapéutico: además de los beneficios propios del deporte, se persigue una mejora de las alteraciones funcionales.

## Filosofía del Psicobasquet

La Asamblea Representativa de la Asociación Americana de la Terapia Ocupacional señaló (AOTA, 1979): "*El hombre es un ser activo, cuyo desarrollo está influenciado por el uso de la actividad(...), el ser humano es capaz de influir sobre su salud física y psíquica y sobre su entorno físico y social, a través de la actividad(...) y promover el máximo nivel posible de adaptación.*"
La capacidad de elegir está en todas las personas, es innata, y el significado otorgado a cada tarea depende de muchos factores, todos ellos particulares. Pero el camino elegido se mueve siempre según necesidades individuales lo que favorece la motivación intrínseca, el disfrute y la puesta en práctica de aptitudes, actitudes y habilidades. Todo lo aprendido es generalizable a diferentes ámbitos de la vida de la persona. Y a su vez, el desarrollo del potencial favorece la autonomía y la competencia.

## ¿Por qué el Baloncesto?

El Baloncesto ofrece un gran abanico de posibilidades de graduar las exigencias y segmentar tareas. Los gestos técnicos y motrices, las normas, los materiales, la pista de juego… El objetivo puede ser en algunos casos el de pasar un balón a un compañero, botar o doblar las rodillas al saltar. Para otros puede ser competir, jugar en equipo, anotar y seguir instrucciones detalladas.
Según el Modelo De Ocupación Humana el hecho de ser competente es un motivo compartido por todos, se adquiere sobre experiencias previas y aumenta la seguridad para poder aceptar nuevos desafíos, para seguir avanzando. El logro debe estar al alcance en cada entrenamiento y se procura con la graduación de exigencias. Cuando se produce un progreso, no se queda en la pista de juego, se refuerzan los avances junto con la familia. Asimismo, el baloncesto es un deporte llamativo y gratificante. El balón bota y te vuelve, lanzas a la canasta y rebota haciendo ruido, debes introducir la pelota por el aro… Son conceptos de juego básicos y atractivos.

## Objetivos y ejecución del programa

Los objetivos generales se pueden concretar en tres puntos:

- La adquisición, desarrollo y potenciación de habilidades psicomotrices-neurológico-evolutivos (memoria motriz, gestualidad y secuenciación, atención, funciones ejecutivas, aprender a reflexionar y a programar las respuestas antes de actuar, seguimiento de normas y consignas, control de la impulsividad...).
- Fomentar habilidades sociales, iniciarse en la práctica deportiva y aprender a realizar una actividad en equipo (convivencia y diálogo...)
- El disfrute del tiempo de ocio y de la práctica deportiva (respetar el entorno de la práctica deportiva, adquirir hábitos higiénicos, dietéticos...)

Pero en cada caso, los objetivos serán individualizados y pactados con el niño o la familia, persiguiendo sus propias motivaciones.
La duración del programa a lo largo del año debe coincidir con la actividad del resto de equipos del club procurando la integración en él. Se han organizado actividades conjuntas como en los campamentos de verano.
Este año, hacemos un balance muy positivo de la actividad, respecto al número de participantes, grado de satisfacción expresado por ellos y por las familias, implicación, logro de objetivos y modo de trabajo. Gracias a la disposición de un gran número de voluntarios que han apoyado la actividad ha sido posible la intervención tan individualizada y gratificante.
El grado de disfrute que hemos observado con la actividad es clave para mantener la implicación en el trabajo, vencer la tolerancia a la frustración y aceptar nuevos desafíos. ■



CORRECCIÓN VISUAL POR LÁSER

SIN GAFAS
NI LENTILLAS
TODO SE
VE MEJOR

Dr. Pablo Artamendi
Especialista en oftalmología
Clínica Baviera

María Reina
Paciente de Clínica Baviera

PROMOCIÓN EXCLUSIVA
para el
PERSONAL SANITARIO DE NAVARRA
y sus familiares directos

825 €/ojo

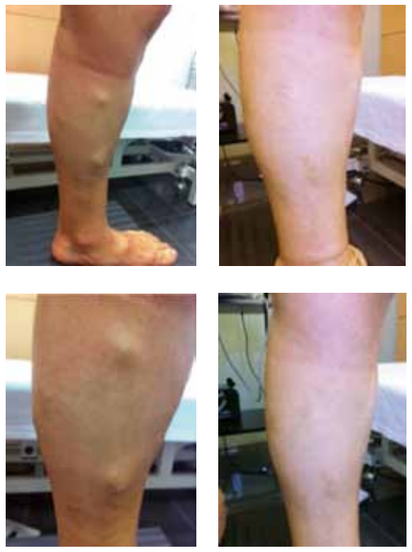
¡NO OLVIDES
PRESENTAR en clínica
tu ACREDITACIÓN!

Tarifa General: 895€/ojo. Tarifas válidas para el tratamiento láser. Excepto Lasik/Lasek Z-100. Promoción válida desde 01/10/14 hasta 30/11/14. Estas tarifas no incluyen consultas y pruebas preoperatorias. No acumulable a otras ofertas.

**Pamplona.** Avda. Sancho el Fuerte, 26 • **948 19 96 15**
Dr. Juan Carlos Pinto Bonilla y Dra. Rosa María Rodríguez Conde (Especialistas en Oftalmología y Cirugía Oftálmica).
TARIFAS VÁLIDAS SÓLO EN PAMPLONA
SOLICITA YA TU 1ª CONSULTA PREOPERATORIA **902 130 100 / clinicabaviera.com**

CLÍNICA BAVIERA
INSTITUTO OFTALMOLÓGICO EUROPEO
ESPECIALISTAS EN TU SALUD VISUAL

*Antes y después del tratamiento con la esclerosis con microespuma*



# La esclerosis con microespuma, la mejor opción para el tratamiento de las varices

*Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez*
*Cirujanos vasculares.*
*Clínica San Miguel de Pamplona y Policlínica Navarra de Tudela.*

**Aunque, como todo en Medicina, lo mejor es la prevención, en el caso de la enfermedad venosa es muy complicado llevar a cabo una adecuada profilaxis primaria, porque hay factores de riesgo que la desencadenan que no se pueden controlar ni evitar. Es ampliamente conocida la altísima influencia hereditaria (el tener un progenitor con varices supone el doble de riesgo de padecerlas), y también es importante el factor hormonal (mucho más frecuente en mujeres, siendo el embarazo la primera causa "evitable" de varices).**

Dado que no es posible obviar los factores hereditarios ni hormonales, no se puede llevar a cabo una profilaxis primaria perfecta, y, por tanto, no se puede evitar por completo la aparición de varices.
Sí es muy importante, dado que no podemos evitarlas, tratarlas de forma precoz y eficaz, esto es, llevar a cabo una buena prevención secundaria. No vamos a ser capaces de evitar la aparición de varices, pero sí podemos tratarlas adecuadamente para que no den complicaciones, produzcan la menor sintomatología posible, etc.

## Tromboflebitis, hemorragias y úlceras

Las varices pueden dar lugar a diferentes complicaciones, como la formación de un trombo en su interior, lo cual daría lugar a una tromboflebitis. Por otra parte, en casos más evolucionados puede producirse la rotura de una variz y hemorragia. Y, a largo plazo, la hipertensión venosa mantenida acaba produciendo cambios significativos en la piel, pigmentaciones, induraciones, etc., que, en último término, acaba ocasionando la aparición de una úlcera, lesión que es muy complicada de tratar una vez establecida.
Por tanto, una vez diagnosticadas las varices y, después de realizar el estudio ecográfico pertinente, es importante tratarlas de forma precoz para evitar todas estas posibles complicaciones, siempre por parte de un especialista en cirugía vascular.
De todas las opciones disponibles, la mejor, sin duda, es la esclerosis con microespuma, puesto que se trata de una técnica prácticamente indolora y con una nula agresividad sobre la pierna a tratar. Esto permite el tratamiento de las varices sin necesidad de ingreso ni anestesia, así como la posibilidad de llevar a cabo una vida normal a lo largo del procedimiento en todos los aspectos. Una vez esclerosadas las varices, sobre todo cuando hay afectación de alguna vena superficial principal, desaparece obviamente la posibilidad de complicaciones. Es más, si ya se ha llegado a la última fase de la enfermedad venosa, con aparición de una úlcera, es el tratamiento ideal para reducir la hipertensión venosa y posibilitar su cicatrización.
Por tanto, la manera más eficaz de llevar a cabo una adecuada profilaxis secundaria de las varices es la esclerosis con microespuma. ■

VARICES MICROESPUMA CIRUGIA VASCULAR
varicesmicroespuma@gmail.com
TRATAMIENTO DE VARICES SIN CIRUGÍA
ESCLEROSIS CON MICROESPUMA
SIN ANESTESIA
SIN INGRESO
SIN BAJA LABORAL
Consulta médica Dres. Gonzalo Villa y José Manuel Jiménez:
➡PAMPLONA. Clínica San Miguel. C/ Beloso Alto, 32. T 948 296 000
➡TUDELA. Policlínica Navarra. C/Juan Antonio Fernández, 3. T 644 297 726

*Tratamiento completo de implantes en paciente con necesidades especiales*

# Cirugía oral y maxilofacial en el paciente con necesidades especiales

***Dr. Ángel Fernández Bustillo***
***Nº Col. 6114-NA***

Management System ISO 9001:2008
TÜVRheinland CERTIFIED
www.tuv.com ID 9105073859
BQDC BEST QUALITY DENTAL CENTERS
CLÍNICA BUSTILLO
CIRUGÍA MAXILOFACIAL
IMPLANTES DENTALES
SAN FERMÍN, 59 Bajo. T 948152878

**¿A quiénes se considera pacientes con necesidades especiales? A todas aquellas personas que por su condición de salud necesita cuidados diferentes a la gran mayoría de la población, y cuyos requisitos de atención son de diferente complejidad.**

Se trata de personas con condiciones físicas, médicas, del desarrollo o intelecto que limitan su capacidad para recibir un tratamiento oral y maxilofacial de rutina. Los pacientes con necesidades especiales incluyen a personas con síndrome de Down, parálisis cerebral, autismo, epilepsia, discapacidad intelectual, fibrosis quística, espina bífida, prematuridad, síndromes genéticos, Alzeihmer, Parkinson, etc. Como se aprecia, cubre un amplio espectro de trastornos.
Para tener una idea en general de la magnitud del problema, de un 13 a un 15% de los niños de Estados Unidos han sido diagnosticados con condiciones que requieren de una atención especial de salud, y un 20% de todas las familias tiene un niño con esta condición. Esta cifras constituyen una evidencia contundente de que se trata de un problema de salud pública. Imagínense si incluimos en nuestro país, los pacientes afectados de cáncer, ictus y diversas patologías degenerativas crónicas.
El aumento de la longevidad de la población, trae consigo un mayor número de individuos diagnosticados con enfermedad de Alzheimer, demencia senil, artritis, diabetes o cáncer. Estas personas requieren de servicios orales y maxilofaciales que los profesionales no siempre estamos preparados para ofrecer.

La prevalencia de ausencias dentarias en los pacientes disminuidos psíquicos y físicos es superior al resto de la población, debido sobre todo a la dificultad para realizar una correcta higiene oral, para poder llevar a cabo un tratamiento dental correcto y a la ausencia en muchos casos de una buena función de su aparato oral y facial. Las ausencias dentales genéticas se observan con una mayor prevalencia en los llamados síndromes pediátricos genéticos. Por todos estos motivos, este colectivo de pacientes va a presentar una mayor necesidad de reponer los dientes ausentes con prótesis.

## Los implantes, una alternativa válida

Se deben valorar todas las alternativas posibles en la rehabilitación con prótesis de forma individual para cada caso clínico, se debe valorar la dificultad que pueden presentar cada uno de estos pacientes para la manipulación e higiene de una prótesis removible, motivo por el cual podría estar contraindicada en muchas ocasiones. La prótesis fija puede ser la única opción que puedan tolerar la mayoría de los pacientes disminuidos psíquicos con grados medios y profundos de retraso mental y la implantología puede constituir en ocasiones la única solución posible para la confección de una prótesis fija.
La presencia de una higiene oral deficiente con grandes acúmulos de placa dental superiores al 20%, constituirá una contraindicación general absoluta para la colocación de implantes, independientemente del coeficiente intelectual del paciente. La presencia de determinadas parafunciones o hábitos (apretadores, interposición lingual, labial etc...), podría constituir una contraindicación relativa, ya que la mayor carga que puede soportar una prótesis implanto-soportada en un paciente con gran fuerza apretadora, se podría compensar con un mayor numero de implantes por tramo sin dientes o con un diseño de ajuste dental especifico en el que se disminuyeran las fuerzas tangenciales, disminuyendo así la carga de cada implante .
Debido a la menor tolerancia al estrés que tienen estos pacientes, se presentan casi siempre, una serie de dificultades en su manejo en consulta. Como consecuencia, la colocación de implantes se debe llevar a cabo utilizando alguna de las técnicas especiales del manejo de la disconducta (anestesia general, sedación profunda endovenosa o de forma ambulatoria mediante el uso de premedicación ansiolítica, yatrosedación) dependiendo del grado de colaboración, de la agresividad y duración del tratamiento. Mi indicación personal para el tratamiento de estos pacientes, es siempre el entorno hospitalario, motivado fundamentalmente por las posibles complicaciones en el campo de la vía respiratoria que se pueden presentar. La comparación con estudios realizados en otras poblaciones no afectas de discapacidad psicomotriz indica que no hay diferencias estadísticamente significativas respecto al índice de fracasos de los implantes dentales colocados en diferentes patologias.
Los implantes pueden constituir una alternativa totalmente valida a considerar en los pacientes disminuidos psíquicos y físicos. Se deben considerar de forma individual las características de cada caso clínico, tanto de tipo general como oral y maxilofacial. ■

# El pan es un valor seguro

*Laura Garde Etayo NA00087*
*Colegio Oficial de Dietistas y Nutricionistas de Navarra*

**Viajar es enriquecedor desde todos los puntos vista. Observar los valores, la cultura, las tradiciones y la gastronomía de las gentes de otros lugares nos proporciona una identidad. Si hay algo a lo que no me resisto cuando visito cualquier pueblo o ciudad, es a entrar en las panaderías con el único fin de curiosear. Después de observar e interesarme por las distintas variedades de pan, su origen y sus ingredientes, es el momento de escoger los que me resultan más apetitosos y atractivos. Finalmente, siempre termino sorprendiéndome de cómo un alimento tan simple en lo que se refiere a sus componentes, puede llegar a ser tan diferente en sus infinitas variedades.**

## El Pan en la tradición, la cultura y la ciencia

Comer con pan es un hábito que forma parte de nuestra cultura gastronómica, siglos de historia lo atestiguan. Es una costumbre que adquirimos en la infancia y que perdura a lo largo de la vida. El hábito de comer pan es saludable porque está avalado por la tradición. Hoy en día, este hecho es certificable a través de los estudios que se realizan desde distintas disciplinas científicas como la nutrición, la bromatología o ciencia de los alimentos, la dietética o la epidemiología.

El análisis nutritivo y bromatológico del pan lo clasifica como un alimento rico en hidratos de carbono complejos, lo que le convierte en excelente fuente de energía a medio y largo plazo. También, su consumo nos aporta proteínas de origen vegetal exentas de grasa, algunas vitaminas de grupo B (vitamina B1, B6 y niacina), minerales y fibra, todos ellos en un contenido dependiente, fundamentalmente, del tipo de cereal del que proceda la harina empleada en su elaboración.

Desde el punto de vista dietético, el pan es ideal para tomarlo en las primeras horas del día, cuando se despliega la mayor parte del rendimiento intelectual o físico. Por supuesto, es clave como tentempié cuando transcurren más de cinco horas de espacio entre las comidas principales. También, es necesario utilizarlo como parte de la dieta de recuperación de un deportista tras la realización de una sesión de entrenamiento.

Los estudios epidemiológicos permiten enfocar el tema desde otra perspectiva ya que son capaces de relacionar hábitos alimentarios con prevalencia de enfermedades. En esta línea de investigación, encontramos publicaciones científicas basadas en el estudio y análisis de datos recopilados para el Proyecto SUN (Seguimiento Universidad de Navarra). En algunas de estas publicaciones, se indica la asociación positiva entre el consumo de pan y otros alimentos típicos de la dieta Mediterránea como el pescado azul, el aceite de oliva y las legumbres, y una mejor calidad de vida cardiovascular. Dicho de otro modo: el pan es un alimento saludable en sí mismo, pero podemos conseguir un mayor beneficio de su consumo cuando la calidad nutricional de los alimentos que lo acompañan conforman un conjunto equilibrado y complementario.

## Educación y diversidad funcional

La vida moderna está basada en el rendimiento y la velocidad. No tenemos tiempo para casi nada y mucho menos para cocinar. Los profesionales que nos dedicamos al consejo alimentario vemos como peligran los valores culturales relacionados con la alimentación porque en muchas ocasiones, resulta más fácil y cómodo rendirse a los encantos del fast-food o del "calentar y listo". Una de nuestras funciones como dietistas-nutricionistas es enseñar a comer, lo que conocemos como educación alimentaria.

A comer también se aprende de modo racional e inteligente. Es importante saber que un bocadillo de jamón es más nutritivo, menos calórico y más saciante que un garrote de chocolate. Hay mucha información disponible pero a menudo poco fiable y que ocasiona confusión en la población.

Cada persona debe adaptar la alimentación en cantidad y calidad, a su ritmo y estilo de vida, de acuerdo a sus características, capacidades, habilidades y actividad física. Para las personas con diversidad funcional es igualmente importante adecuar la alimentación a sus necesidades concretas. Una dosis ajustada de nutrientes es garantía de calidad de vida, y es especialmente valorado por aquellas personas que viven el día a día con dificultades añadidas. Una persona que goza de una buena salud alimentaria es más capaz de superar obstáculos.

El pan sigue siendo motivo de satisfacción y equilibrio alimentario sea cual sea nuestra condición, por lo que debe estar presente en todo plan dietético diario. Sólo así se consigue un conjunto de bienestar y armonía.



RUEBER

EN LOS TRATAMIENTOS ONCOLÓGICOS,
DEL CABELLO NOS OCUPAMOS NOSOTROS

IMAGEN REAL DE UNA PRÓTESIS CAPILAR RUEBER

NOS ADAPTAMOS A TODAS LAS ECONOMÍAS.
NO QUEREMOS QUE LA FALTA DE CABELLO SEA UN PROBLEMA.
ASESORAMIENTO INTEGRAL PARA EL CUIDADO DE LA PIEL
DURANTE EL PROCESO ONCOLÓGICO
VISÍTENOS SIN COMPROMISO.

MONASTERIO DE URDAX, 8-1º. ESQUINA CON PÍO XII, 9. 31007 PAMPLONA
T 948 25 50 53 www.ruebercentrocapilar.es rueberpamplona@rueber.es

# Obesidad infantil, ¿es posible invertir la tendencia al exceso de peso corporal?

*Teodoro Durá Trave, María Jesús Chueca Guindelain y Sara Berrade Zubiri*
*Unidad de Endocrinologia Infantil. Complejo Hospitalario de Navarra*

**La prevalencia de exceso de peso infantil (sobrepeso y obesidad) representa el trastorno nutricional de mayor relevancia en nuestro medio. Aunque es un trastorno multifactorial que engloba factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales; la rapidez con que se está incrementando parece estar más bien en relación con los factores ambientales, tales como unos hábitos alimentarios poco saludables y un mayor sedentarismo (una disminución de la actividad física en niños y adolescentes condicionada, en gran medida, por la televisión y/o nuevas tecnologías).**

La prevalencia del exceso ponderal adquiere cierta notoriedad en la edad preescolar, donde, por ejemplo, a los 4 años de edad el 16,8% ya presentan un exceso de peso corporal, alcanzándose las tasas más altas a los 8 años de edad donde el 32,6% presentan un exceso de peso corporal. Se constata que el exceso de peso corporal comienza en edades muy tempranas de la vida en las que la dieta del niño depende -casi exclusivamente- de los hábitos y preferencias alimentarias del entorno familiar, que luego se agrava coincidiendo con la escolarización y/o adolescencia probablemente relacionado con la adquisición de unos hábitos alimentarios y estilos de vida poco saludables.

## La TV y las nuevas tecnologías

El tratamiento de la obesidad es complejo y los resultados son generalmente poco alentadores. Precisa de un equipo multidisciplinario que combine una dieta adecuada (restricción y/o modificación del aporte alimentario), el incremento de la actividad física y la modificación de las actitudes y comportamientos alimentarios (educación personal y/o familiar); siendo el medio escolar, junto al familiar, los ámbitos educativos de mayor influencia en la adquisición de unos hábitos alimentarios y estilos de vida que se irán consolidando a lo largo de la infancia y adolescencia.

La dieta mediterránea está considerada como un prototipo de dieta saludable; sin embargo, la industrialización y comercialización de la cadena alimentaria, con una producción cada vez mayor de alimentos procesados, están induciendo una serie de cambios en relación con los hábitos y preferencias alimentarias en amplios sectores de la población, sobretodo en la infancia y adolescencia. Los hábitos alimentarios de los adolescentes en nuestro medio reflejan un modelo dietético que si bien cubre sobradamente las necesidades calóricas de la edad, difiere sensiblemente del prototipo mediterráneo, ya que se caracteriza por un consumo proporcionalmente excesivo de carnes y derivados, así como de azúcares refinados; junto a un consumo proporcionalmente deficiente de cereales, legumbres, verduras, frutas y pescados.

La TV y las nuevas tecnologías (videojuegos, Internet, redes sociales, etc.) forman parte de todos los hogares y su consumo está considerado como una actividad rutinaria a la que los jóvenes dedican gran parte de su tiempo de ocio. Obviamente su uso indiscriminado, aparte de aumentar la pasividad intelectual y limitar la creatividad, fomenta el sedentarismo; y, además, la publicidad que le acompaña y se intercala en los programas infantiles tiende a transformar los programas en escaparates publicitarios con el objetivo de estimular el deseo y la necesidad de consumir, y preferentemente alimentos de alto contenido calórico.

Los estudios epidemiológicos nutricionales han corroborado que el esfuerzo pedagógico de los programas de educación nutricional si bien consiguen una población informada, estos conocimientos no se ponen en práctica y, por tanto, no se traducen en consumos reales de alimentos y/o modificaciones de hábitos alimentarios.

## ¿Dónde radica la dificultad de modificar un hábito alimentario?

Los hábitos dietéticos constituyen un referente sociocultural que actúan, muchas veces, como elemento integrador y/o de identidad de los grupos que los practican; por tanto, todas aquellas acciones educativas que estén al margen de esta realidad estarán abocadas al fracaso.

Cuando se plantea como objetivo de un programa educativo conseguir hábitos alimentarios permanentes, habría que actuar sobre tres niveles.

El primero, la adquisición de los conocimientos teóricos, necesarios pero no suficientes.

El segundo la adaptación de las propuestas a la vida cotidiana que significa una interiorización de la gestión cognitiva, y el tercero, la adhesión psicoafectiva de las nuevas prácticas que se proponen.

Estos programas deberían instaurarse cuando el niño comienza su escolarización, constituyendo el medio escolar, junto al familiar, los lugares más idóneos para iniciar y/o consolidar la adhesión psicoafectiva a unas buenas prácticas alimentarias.

Los componentes estructurales de estos programas escolares pueden ser múltiples, pero básicamente serían los siguientes:

- La Educación Nutricional estaría considerada como un elemento básico al proporcionar los conocimientos teóricos sobre alimentación y nutrición.
- Se deberían diseñar programas de Educación Física proporcionados a las diferentes edades y que inculcaran a los alumnos la importancia que la actividad física tiene en la promoción y mantenimiento de la salud.
- El comedor escolar es uno de los instrumentos más interesantes del programa escolar, ya que a través de él se adaptarían las propuestas alimentarias teóricas a la vida cotidiana de los jóvenes, contribuyendo sensiblemente a la adhesión psicoafectiva a normas dietéticas saludables.
- Es fundamental que la familia sepa crear unos hábitos de alimentación saludables en sus hijos y que éstos reciban en la escuela la instrucción suficiente para desarrollarlos o modificarlos en el caso de que no fueran correctos. Una implicación activa de los padres, si bien no garantiza el éxito, mejora la eficacia de la gestión pedagógica y lo valida positivamente al facilitar la aplicación práctica y adhesión psicoafectiva a los hábitos alimentarios propuestos.
- Es imprescindible un personal sanitario adscrito a estos programas, tales como médicos y/o enfermeras que periódicamente se encargaran de controlar los índices nutricionales de las alumnos, así como apoyo psicológico para aquellos casos que fuera necesario.
- Por último, considerando que la obesidad es un problema de salud pública de primer orden, se requiere el compromiso formal de todos los sectores implicados (gobiernos, instituciones sanitarias, medios informativos, industria privada, etc.) para que estos programas tengan éxito a medio y largo plazo.

## Involucrar a la familia para modificar hábitos incorrectos

La instauración de estos programas escolares supondría un coste social. Por tanto, lo que habría que cuestionarse es si nuestra sociedad, inmersa en la llamada economía del bienestar y, actualmente, en una grave crisis económica, estaría dispuesta a asumir el coste de oportunidad que supone este servicio sanitario; puesto que habría que detraer de otros sectores productivos recursos, bienes y servicios de otra naturaleza que también contribuyen a generar bienestar; si no fuera posible nos tendríamos que limitar a seguir emitiendo decálogos de buenas intenciones,

Mientras tanto, convendría que los profesionales sanitarios conocieran los hábitos dietéticos de su entorno asistencial para poder intervenir y corregir, en su caso, situaciones de riesgo nutricional, involucrando a toda la familia en las modificaciones de hábitos incorrectos en la alimentación. Los equipos de atención primaria y, más concretamente los pediatras deberían incluir en su cartera de servicios, dentro de los Programas de Prevención y Promoción de la Salud, junto al control periódico del peso y la talla, una serie de medidas preventivas a aplicar desde los primeros años de vida. Se debería fomentar una actividad física regular y apropiada para cada edad, y reforzar una serie de normas generales de conducta, entre las que destacarían respetar los horarios de las comidas, evitar el sedentarismo, aumentar la actividad cotidiana y reducir las horas de televisión. ■

pedagogía

# Discapacidad y logopedia

*Inés Rubio Vega*
*Begoña Montón Etxeberría*
*Centro Diagnóstico y Atención Temprana*

**Siempre que hablamos de discapacidad y posible intervención inevitablemente pensamos en aquellas habilidades que facilitan a la persona la capacidad para desenvolverse con autonomía en su vida diaria. Conjuntamente con las destrezas para el movimiento, las habilidades de comunicación son recursos imprescindibles para que un individuo pueda manejarse en su entorno cotidiano con eficacia y con una interacción social de éxito. Por tanto, hay que tener en cuenta la estrecha relación que mantiene la posible discapacidad con la adquisición y desarrollo de la comunicación y del lenguaje desde las edades más tempranas.**

Al hablar de discapacidad hay que tener en cuenta el amplio espectro al que hace referencia dicho término, y diferenciar las posibles discapacidades con las que podemos toparnos; diferenciando así entre discapacidad intelectual, sensorial y física. Al mismo tiempo los niveles de dificultad pueden ser muy extensos y variables según las personas, su entorno y las posibilidades de acceso a recursos adecuados que faciliten la adaptación al día a día.

Independientemente del grado y tipo de discapacidad que se padece, el lenguaje -considerado la facultad humana por excelencia- juega un papel fundamental en el desarrollo de la persona, en su progresiva adquisición de autonomía y por supuesto en su adaptación al entorno que le rodea. Por este motivo la intervención logopédica en casos de discapacidad deberá en todo momento atender a las necesidades particulares de cada paciente, ya que según la tipología que presente será necesario tratar unos u otros aspectos del lenguaje y la comunicación; aunque al mismo tiempo, siempre se trabajará de manera global todo el ámbito de la comunicación.

## Retraso en el desarrollo del lenguaje

Hay que tener en cuenta, que las personas con cierta discapacidad presentan en muchos casos, de manera asociada un retraso en el desarrollo y adquisición del lenguaje oral, e incluso en ocasiones, la ausencia total del mismo; siendo necesario recurrir a la comunicación alternativa/aumentativa como fuente de comunicación, estableciéndose así el gesto /la imagen como puntos de partida para aquellos casos en que es posible el posterior desarrollo del lenguaje oral.

Pese a no tener adquirido o desarrollado el lenguaje oral, la persona, como ser social presentará en la mayoría de los casos, una intención comunicativa que le permite e incita a la interacción con el medio y las personas que les rodean; buscando de manera inconsciente medios y formas de alcanzar con éxito dicha interacción. Un adecuado tratamiento logopédico, también fomentará esta intención comunicativa en el paciente, para evitar su posible exclusión y evitación del entorno, por miedo a no ser comprendido por sus iguales.

En aquellos casos en que la limitación física es importante, los recursos técnicos se hacen imprescindibles para que las personas puedan tener éxito en sus intercambios comunicativos con los demás; siendo necesario el uso y conocimiento de los sistemas alternativos y/o aumentativos de la comunicación mencionados anteriormente.

Es necesario tener en cuenta que la adquisición del lenguaje, en sujetos que carecen de discapacidad alguna, es un proceso largo, que se lleva a cabo a lo largo de nuestros primeros años de vida, y que evidentemente, tardamos varios años en perfeccionar; por tanto, hay que prever que en casos en los que está latente una discapacidad el proceso será prolongado en el tiempo y será necesario contar con las ayudas pertinentes que faciliten su desarrollo.

## Trabajo interdisciplinar

Con el fin de lograr el desarrollo integral de la persona es necesario trabajar no sólo la facultad del lenguaje y la comunicación, haciéndose imprescindible, hoy en día, un trabajo interdisciplinar que aúne el resto de facultades intelectuales, sensoriales, perceptivas, y motoras desde las edades más tempranas.

Si la limitación física es importante los recursos tecnológicos se harán imprescindibles para que las personas puedan tener éxito en sus intercambios comunicativos con los demás. El logopeda será uno de los profesionales idóneos para proporcionar dispositivos y métodos de comunicación alternativa ante las diversas situaciones de necesidad comunicativa. ■

CENTRO DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN TEMPRANA
PSICOLOGÍA INFANTIL Y LOGOPEDIA

**Material para trabajar la comprensión de frases de doble sentido.**
**Orientado a personas con TGD, y otras dificultades para interpretar el lenguaje.**

Dirección Técnica: **Inés Rubio**
Ilustradora: **Mónica Rubio**
T **676702522**

Pedidos: **www.editorialgeu.com**



optometría

# Síndrome de Down y visión

*Dori Callejo*
*Óptico-Optometrista. Óptica Unyvisión*

**La evaluación en pacientes con síndrome de Down es similar a la evaluación de cualquier persona que no pertenezca a este grupo, teniendo en cuenta que:**

- **Es importante establecer una buena comunicación para conseguir las respuestas que queremos de las pruebas.**
- **Elegir los test dependiendo del grado de colaboración.**
- **Existen una serie de alteraciones o patologías más comunes.**

Las alteraciones más frecuentes en los pacientes con síndrome de Down son:

- **Conjuntivitis:** inflamación de la conjuntiva que se manifiesta con sensación de picor o escozor.
- **Blefaritis:** es una afección frecuente, se caracteriza por la inflamación y descamación del borde de los párpados. Es muy importante la limpieza a menudo del borde palpebral.
- **Queratocono:** deformación de la córnea.
- **Cataratas:** opacificación del cristalino que disminuye la agudeza visual. En los niños, la pupila aparece blanquecina.
- **Nistagmo:** movimiento oscilatorio e involuntario de los ojos que normalmente afecta a ambos.
- **Miopía, hipermetropía, astigmatismo.**

Es importante evaluar la visión próxima a los niños con Síndrome de Down, pues existe un problema acomodativo o de enfoque en estos pacientes similar a la vista cansada (necesitan otra graduación para cerca).

Muchos pacientes mejoran la visión con filtros, pues son muy sensibles al exceso de luz.

La inclinación del párpado puede ocasionar una presión mecánica que provoque el astigmatismo.

- Estrabismo: es una condición donde uno o los dos ojos están torcidos, para dentro, fuera, arriba, o abajo.

En el caso de adaptar gafas, es muy importante que queden centradas y cerca de los ojos. Es necesario acudir a la óptica con regularidad para ajustarlas.

La detección y tratamiento de los problemas visuales va a permitir que la persona aprenda más y mejor, que las tareas las realice con menos esfuerzo. En definitiva, que tenga una mejor calidad de vida. ■

MIRA POR SUS OJOS

óptica unyvisión

AVDA. NAVARRA
(Frente a Clínica Universidad de Navarra)
31008 PAMPLONA • T. 948 178 188

Descuento, no acumulable a otras ofertas, válido con la presentación de este anuncio HASTA EL 1 DE DICIEMBRE DE 2014

REVISIÓN VISUAL GRATUITA

50% dto EN CRISTALES

AVDA. PÍO XII
CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA
AVDA. NAVARRA
ÓPTICA UNYVISIÓN

radiología

# El papel de la imagen diagnóstica en la valoración de la discapacidad

*Carlos Alberto Calderón, técnico de Médicis realizando una RM craneal.*

Médicis Centro de Diagnóstico por Imagen
www.centromedicis.com
info@centromedicis. com
948152121

médicis
CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEN
RESONANCIA | TAC | ECOGRAFÍA

**La prueba de radiodiagnóstico más utilizada en el Centro Médicis para valorar la discapacidad es la Resonancia Magnética (RM). Esta prueba viene derivada por el médico que tras realizar un examen clínico exhaustivo considera que existen indicios de daños en el cerebro o la médula espinal, que pueden ayudar al diagnóstico de una enfermedad degenerativa y llegar a convertirse en una discapacidad física o intelectual. Estos dos tipos de discapacidades son las que más pruebas de Resonancia solicitan nuestros prescriptores.**

## Discapacidad física

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad consistente en la aparición de lesiones desmielinizantes (pérdida de la capa que rodea el tejido nervioso), neurodegenerativas y crónicas del sistema nervioso central. La mayoría de los pacientes tienen entre 20 y 40 años, con un promedio de incidencia mayor entre las mujeres. La prueba utilizada para su radiodiagnóstico es la **Resonancia Magnética** (RM). El diagnóstico de la esclerosis múltiple es complejo, una RM puede confirmar o descartar la enfermedad. Si en la sustancia blanca del cerebro con la secuencia Flair existen dos o más focos con aumento de señal (hiperintensas) serán objeto de análisis, siendo muy sospechosas y relevantes en el diagnóstico de la enfermedad degenerativa.

Si el diagnóstico de esta enfermedad es precoz un tratamiento oportuno y rápido tiene más posibilidades de disminuir la sintomatología que conlleva esta enfermedad. También se realiza la RM para llevar un control evolutivo de la enfermedad.

*La prueba de radiodiagnóstico por imagen más utilizada en la valoración de la Esclerosis Múltiple y el Alzhéimer es la Resonancia Magnética*

## Discapacidad intelectual o cognitiva

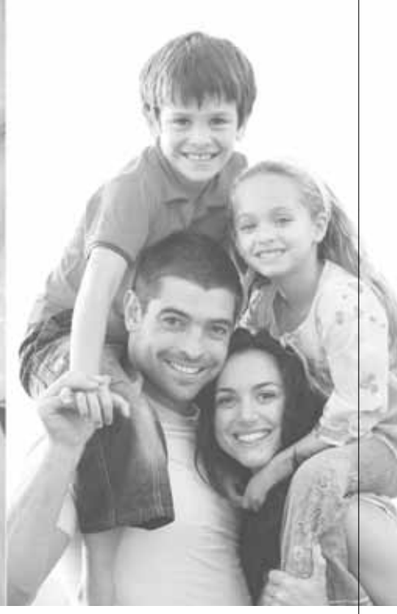
La Resonancia Magnética es la prueba más indicada para detectar y evaluar ciertos tipos de discapacidad intelectual y/o cognitiva: Síndrome de Asperger, Síndrome Epiléptico en niñas con retraso mental, Síndrome de Rett, Síndrome de Dravet, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de Down, Autismo, Síndrome X frágil o Síndrome de Martin y Bell, Fenilcetonuria y Alzheimer

La discapacidad mental puede tener muchas causas, y ésta puede ser desde el nacimiento o posterior, puede haber causas genéticas, metabólicas, congénita o ambientales (accidente, enfermedad que provoque daño, malnutrición, efectos de drogas u otros tóxicos, problemas en el desarrollo o educación, etc.). El alzhéimer es una enfermedad que afecta las partes del cerebro que controlan el pensamiento, la memoria y el lenguaje. Causa discapacidad intelectual por una disminución de la memoria y de las habilidades mentales con pérdida del interés para mantener relaciones sociales con la familia y el entorno.

La RM posibilita la visión de la morfología de los ganglios basales y las modificaciones en la estructura cerebral son las que pueden indicar que existe un posible diagnóstico de alzhéimer u otro síndrome. ■



odontología



# CPO, prevención oral a cualquier edad

**El cuidado de la salud bucal se ha convertido en una parte imprescindible de nuestras vidas debido, entre otras cosas, a la relación demostrada que presentan, a largo plazo, las enfermedades dentales con otro tipo de enfermedades más complicadas de intervenir. Sin embargo, existe un gran desconocimiento social sobre los principales factores de riesgo, cómo y desde cuándo podemos actuar para evitarlos. Para promover la prevención y el cuidado continuo de la salud bucodental, Sannas Dentofacial ha puesto en marcha el primer Centro de Prevención Oral.**

## Objetivo: Salud

Para prevenir, cuidar e informar el CPO de Sannas Dentofacial contempla los siguientes objetivos:

- Acciones destinadas al diagnóstico preventivo de patologías orales.
- Tratamiento precoz de patologías orales.
- La creación de programas de prevención activa adaptados a las distintas necesidades.
- Ofrecer información de actualidad sobre salud preventiva.
- La realización de actividades didácticas y formativas en nuestras instalaciones para dar a conocer patologías, tratamientos y hábitos saludables.

## Nuestros programas de prevención

Para desarrollar soluciones y programas adaptados que puedan beneficiar a distintos perfiles de pacientes y distintas necesidades, el Centro de Prevención Oral cuenta con tres programas específicos de atención y cuidado bucodental:

◆**SannasPlus** es un programa dedicado a aquellas personas que quieren cuidar y mantener su salud bucodental y prevenir así patologías más graves en el futuro. Personas que se preocupan por su salud y quieren aprender hábitos saludables porque les importa el aspecto y la salud de su sonrisa.

◆**SannasPro** está dedicado a personas con prótesis dental que entienden que una prótesis en mal estado, una prótesis que no se cuida, no solo afecta a su salud sino que además influye en su calidad de vida. Por eso, para garantizar la calidad de todos nuestros tratamientos de prótesis en el Grupo Sannas contamos con laboratorio protésico dental autorizado. Y para garantizar el cuidado y la prevención en personas con prótesis, en SannasPro planteamos tratamientos y formación específica que ayudará a nuestros pacientes a prevenir su salud bucodental.

◆**SannasFam** ha sido creado pensando en las familias. Entendiendo que el bienestar va unido a la salud y que el cuidado bucodental debe empezar desde las edades más tempranas, en Sannas ponemos todos nuestros esfuerzos para dedicar un espacio exclusivo a las familias, que proteja, prevenga y acompañe en la creación de hábitos saludables a todos los miembros de la familia.

Todos los servicios y actividades que se contemplan en cada programa los podrás consultar en nuestra clínica, Sannas Dentofacial. ■

# La integración escolar

*Jimena de Lorenzo Valdelomar*
*Psiconeuróloga. Pedagoga. Maestra de Pedagogía Terapéutica en el CREENA del Gobierno de Navarra*

**Cuando hablamos de integración escolar, casi siempre nos viene a la cabeza la imagen de un niño o niña con alguna discapacidad visible (síndrome de Down, parálisis cerebral...) dentro de un "aula ordinaria" y haciendo o intentando hacer lo mismo que los demás. Consideramos que lo normal es lo que hace la mayoría, y para esto ponemos en juego una serie de capacidades que los psicopedagogos miden a través de pruebas estandarizadas.**

Nuestro sistema educativo se dota de una serie de recursos: materiales, organizativos (aulas especiales y agrupamientos específicos) y personales (especialistas) para poder compensar, en la medida de lo posible, algunas de sus limitaciones y ayudarles a acercarse a los aprendizajes que la sociedad ha definido como adecuados y/o normales. A la distancia entre lo que el sistema plantea para la mayoría y el rendimiento de este alumnado lo hemos llamado "necesidades educativas especiales".

## Integración e inclusión

El currículo es flexible: se realizan adaptaciones, desde la supresión de objetivos y contenidos hasta la realización de un currículo paralelo especial, con aprendizajes más funcionales. Además, durante un tiempo de la jornada escolar, reciben atención personalizada por especialistas, de forma individual o en pequeños grupos. De esta forma, aunque no se logre plenamente la integración académica, la mayoría de estos niños y niñas pueden acceder y permanecer en el sistema ordinario, ya que priorizamos la integración social, es decir, la convivencia en el mismo espacio educativo que sus iguales en edad, buscando la mayor normalización posible.

Esta imagen es la que se nos presenta cuando nos asomamos desde fuera y queremos hacernos una idea rápida de la integración escolar en la actualidad. Pero desde "dentro" la cosa cambia. Cuando somos educadores profesionales vamos constatando que esta clasificación entre lo especial y lo normal no termina de convencernos: entre el alumnado ordinario hay tanta diversidad como entre el alumnado con discapacidad.

Comenzamos a hacernos preguntas: ¿lo que pensamos que es normal es lo ideal?, ¿dónde están las capacidades de los alumnos y alumnas con discapacidad?, ¿nuestro sistema es realmente integrador?, ¿qué podemos hacer para avanzar desde la integración hasta la inclusión? Hacerse preguntas ayuda a encontrar mejores respuestas.

A veces, da la impresión de que estos niños y niñas son los que tienen que adaptarse al sistema en vez de hacer que el sistema se adapte a ellos. ¿No será que tenemos un sistema demasiado rígido, poco flexible y realmente excluyente?, ¿y si comenzamos a reconocer que son todos diversos y especiales? Puestos a imaginar: ¡a lo mejor tenemos que dejar de pensar en cómo integrar a los niños y niñas diferentes y "menos capaces" para ponernos a desintegrar y reconstruir el sistema!

## Imaginación, creatividad y flexibilidad

¿Por dónde empezamos? ¿Podemos hacer algo con los recursos que tenemos? La respuesta es un rotundo sí, pero exige imaginación, creatividad y flexibilidad. He aquí unas cuantas ideas-clave:

- **Romper el esquema mental de que la inteligencia es una y que además no se puede modificar**. En estos últimos años la neuropsicología nos ha descubierto diferentes tipos de inteligencias que se corresponden con diferentes maneras de aprender y, por lo tanto, de enseñar. La introducción de esta metodología en las aulas nos está aportando cambios positivos en el rendimiento de alumnos y alumnas que pueden acceder a los mismos contenidos a través de otras vías de aprendizaje.
- **Entrenar de forma explícita la atención y la memoria, que constituyen las habilidades básicas de acceso al aprendizaje.** Nuestro cerebro es plástico y modificable, lo que nos abre un campo lleno de posibilidades de mejora, sobre todo en el caso de la discapacidad psíquica a través de la rehabilitación cognitiva.
- **Introducir metodologías globalizadoras, como el trabajo por proyectos.** La división de conocimientos en asignaturas separadas hace que lo que se enseña termine siendo algo muy distinto de la realidad que se pretende enseñar. El trabajo por proyectos tiene la ventaja de que el alumnado trabaja en grupo en algo que responde a sus intereses, y permite al profesorado ajustar mejor el trabajo a las posibilidades de cada uno, haciendo que todos puedan participar de una forma colaborativa.
- **Considerar el recreo como espacio educativo.** El hecho de que un profesor o profesora medie, modele, e incluso juegue con sus alumnos y alumnas en el recreo es algo que aún no suele verse en los patios de nuestras escuelas y sin embargo, paradójicamente, el juego constituye una herramienta inclusora de primer orden y tiene un potencial educativo casi infinito que aún está por descubrir.
- **Introducir en el aula programas de educación emocional.** Todas las personas piensan, pero además sienten; hasta ahora nuestras escuelas han dejado a un lado el enseñar a sentir, a identificar nuestras emociones, a gestionarlas de una forma saludable. Los niños y niñas con discapacidad tienen que llegar a sentirse integrados para que podamos hablar de una inclusión verdadera y esto pasa por explicitar y aprender a manejar todo ese mundo emocional que llevamos dentro.
- **Involucrar al alumnado con discapacidad en su itinerario educativo**. Desde pequeñitos deberíamos hablar con ellos, preguntarles, explicarles, dejar que nos pregunten. ¿Cuántas veces estos niños y niñas son llevados a diferentes espacios con especialistas sin darles ninguna explicación? Tenemos que establecer una relación cercana, llena de afecto en la que se sientan valorados y reconocidos; tenemos que encontrar sus puntos fuertes y capacidades para destacarlas y potenciarlas.

- **Cuidar especialmente a las familias de los llamados niños especiales.** ¿Por qué? Porque generalmente llevan una carga de sufrimiento extra al ver las barreras que tienen que superar. Deberíamos esforzarnos más por transmitirles aspectos positivos de sus hijos e hijas, que los tienen, porque a veces nos centramos solamente en lo que no pueden hacer, en lo que les falta, en lo que fallan. Hay que invertir tiempo y esfuerzo en construir una relación de sana complicidad basada en el afecto y en el respeto mutuo.
- **Abrir y romper tiempos y espacios.** En el caso de las aulas especiales podemos incorporar el modelo de integración bidireccional, es decir, no solamente que el alumnado con discapacidad acuda unas horas a las aulas ordinarias, sino que el alumnado ordinario acuda también en pequeños grupos a estas aulas a realizar determinados trabajos.

La integración tiene que ser de todos y para todos. Quizá no tengamos que cambiar radicalmente nuestra práctica diaria, pero sí revisar la actitud con la que hacemos las cosas. El sistema debe estar al servicio de las personas y no al revés, permitiendo la innovación creativa. Hay que romper ese "no se puede". Y es que, en definitiva, se trata de acompañar, de tutorizar un proyecto vital con cariño, y de favorecer la construcción de un sistema realmente inclusivo. ■

# ¿Cuándo le digo que es Síndrome de Down?

*Jesús Flórez*
*Catedrático de Farmacología. Santander*
*Revista Virtual de Canal Down 21: www.down21.org*

## EL CASO DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS

**Todos estamos de acuerdo probablemente en que el mejor ambiente en el que uno puede nacer y criarse en la niñez y adolescencia es aquel que le proporciona seguridad y confianza. Donde no hay engaños y se dicen las cosas con sinceridad llena de amor e interés. Lo tenemos muy claro… salvo cuando tenemos que hacer ver a nuestro hijo que ha nacido con unas características que van a limitar su vida en algunos aspectos. Es el caso de nuestro hijo que nace con síndrome de Down.**

Muchas personas nos consultan si se debe decir, cómo se lo dirán, si sufrirá excesivamente. Y mientras dudan, se va creando un muro de silencios, disimulos, santas mentiras, en la creencia que eso evitará sufrimiento al niño o adolescente.

Pero el niño que tiene síndrome de Down constata que se le mira de forma extraña y excesiva, que sus hermanos más pequeños le pasan, que no le dejan hacer lo que él quisiera o que le controlan mucho más que a sus hermanos, que en la escuela le cuesta seguir el paso, que sus compañeros le huyen cuando no se burlan. Va creando una conciencia cada vez más arraigada de inseguridad, de baja estima de sí mismo y no sabe por qué. Mientras los padres siguen callados.

### Eres diferente

La inmensa mayoría de expertos, padres o profesionales, coincide en que la conducta más correcta y enriquecedora es que el niño crezca y se desarrolle sabiendo que tiene algo que marca ciertas diferencias con la mayoría de los demás, sean hermanos o compañeros. Eso quiere decir que, de acuerdo con la edad del niño y su capacidad de comprensión, se le va a ir diciendo que tiene algunas características especiales aunque en su mayoría es igual que las demás personas. Lógicamente, no se va a empezar por decir y explicar lo que es el síndrome de Down, pero sí se le ha de hacer ver, y más si se enfrenta a una situación que para él puede ser desagradable, que tiene algunas dificultades y, si viene al caso, por qué las tiene. Todo muy amoldado a su edad y capacidad de comprensión. A veces será un simple comentario, otras podrá hacerse una reflexión más razonada. Pero, y esto es lo más importante, siempre acompañado de otro comentario positivo que resalte sus valores, sus cualidades, lo mucho que se le quiere tal como es, lo felices que en casa somos por su existencia y por el hecho de haber nacido. Le queremos como es.

**¿Qué conseguimos con ello?** Primero, que el niño encuentre una explicación coherente a algo que percibe en su interior, que quizá le preocupe y que salta a su vista. Segundo, que tenga confianza en sus padres tanto cuando le alaban como cuando le niegan algo que le gustaría. Tercero, que como consecuencia de lo anterior, vaya conociéndose mejor y estimándose a sí mismo: "Sé que tengo estas limitaciones, no es mi culpa si no consigo seguir a los demás; pero sé que además tengo estas cualidades; y sé que soy querido".

### No crear falsas expectativas

La mente se va desarrollando. Las situaciones son más complejas. Y lo que inicialmente han podido ser explicaciones sencillas, después van a tener que ser más complejas. Puede haber mayor rebeldía para admitir la situación. Pueden ser un período especialmente difícil. No se gana nada con crear falsas expectativas: "Sólo pasa que vas más despacio, necesitas más tiempo, pero podrás hacer una carrera…". La falsa expectativa que después no se hace realidad aboca a la depresión. Claro que hay que ofrecer expectativas, y ser creativos, y ofrecer campo a la independencia y al crecimiento interior. Pero sin engañar, ni a él ni a nosotros mismos, con realismo. Con discernimiento.

### Testimonios de dos madres

Dos testimonios de madres publicados por ellas en el Foro de Canal Down21.

• El primero es de Chus: "El problema no es sentirse distinto, eso es genial, la cuestión es ver esa diferencia como algo negativo y ahí está la labor integradora, pedagógica… Hay que hacerle ver con cariño que quizá no pueda hacer todo lo que el resto de sus amigos, pero que él tiene mucho valor por lo que hace. Si un niño siente la protección del cariño se siente más seguro, y cuanta más seguridad tenga mejor se enfrentará a los problemas, y cuando llore o se sienta mal por algo concreto, darle una pronta explicación. Está bien que se relacionen con niños con síndrome de Down y vea esto como algo normal, porque esa es su normalidad y la de toda la familia.

• El segundo de Isa: Eli mi hija con síndrome de Down ahora tiene 20 años. Es trisómica, y un día con 4 años me llamó para que fuera al aseo donde ella estaba mirándose al espejo y me dijo: Mami, explícame por qué tengo la enfermedad. ¡¡No se me olvidará nunca ese día!! Eran las 8 de la mañana y tenía que llevarla al cole. Ese día no la llevé pero como pude y sin llorar, le expliqué más o menos que todos, todos, nacemos diferentes, altos, bajos, etc. y que ella también era diferente como todos, igual que su hermano era diferente a su primo, y que aparte de ser diferente era muy especial, algo que no todos los diferentes tenían. Ni que decir que me costó un montón intentar que me entendiera con 4 años… Pero lo entendió y muy bien, no le gusta tener síndrome de Down pero acepta que lo tiene, y sabe que eso no se lo puedo quitar. Cuando terminé lo que yo creía que me estaba preguntando me dijo: No, mami, ¡¡la enfermedad del pelo!! Eli tiene alopecia desde los dos años, y lleva peluca desde los tres y medio, cuando la pidió ella. Ahí sí que me perdí, ni yo misma entendí por que se le cayó todo el pelo a mi hija.

Con el tiempo te das cuenta que es mejor hablar con ellos lo bueno y lo malo de la vida, y lo mejor de todo es que nuestros hijos con síndrome de Down se den cuenta de lo bueno y lo malo, porque eso los hace iguales al resto. Un consejo, cuando hables con ella de su situación, nunca llores su síndrome delante de ella, a veces hay que ser duras con ellos, para hacerlos más fuertes, pero con todo el amor del mundo y toda la dulzura de que seas capaz.

## EL CASO DE LOS ADOLESCENTES Y ADULTOS

En ocasiones, más de lo que uno quisiera, las dudas vienen de padres que tiene hijos ya mayores con síndrome de Down, a los que nunca se les ha dicho su realidad. Para dar orientaciones en estos casos, transcribimos a continuación una página del libro "Mental Wellnes in Adults with Down Syndrome: A Guide to Emotional Strengths and Challenges", de D. McGuire y B. Chicoine (pueden ver datos y comentario sobre este libro en nuestro Portal www.down21.org:Panorama de libros). Muchas de las indicaciones y orientaciones que dan son válidos también para las primeras edades.

**¿Qué hacer cuando tenéis un adolescente o un adulto en casa que no ha comentado el hecho de que tiene síndrome de Down, o que no ha hablado del tema durante cierto tiempo?**

He aquí las preguntas que se hacen sobre este aspecto frecuentemente.

**¿Qué necesidad tienen los adolescentes y adultos con síndrome de Down de saber que lo tienen?**

Es difícil que la persona con síndrome de Down desarrolle sus propios talentos y cualidades y que sea capaz de defenderse a sí misma si no puede aceptar que tiene síndrome de Down. Y esto es válido con independencia de su edad, sea un niño, un adolescente o un adulto.

**¿No será ya la persona demasiado mayor para saber lo que es el síndrome de Down?**

No creo. Si acaso, la necesidad es aún mayor conforme avanza la edad, porque la mayoría de las personas ya saben que son diferentes de las demás. Para cuando se llega a la adolescencia, y por supuesto al comienzo de la adultez, la mayoría ha recibido ya miradas o ha sido tratado de forma diferente cientos de veces. Con independencia de lo sensible o poco sensible que consideremos a una persona frente a estos temas, sería muy difícil para ella que no se diera cuenta de que es diferente, a menos que viva en el vacío. En la edad adulta, pues, la cuestión no está en si son diferentes sino en cómo y por qué. *(Sigue en pág. 22)*

**Si ya hablamos de estos temas cuando era un niño ¿tan importante es volver a tocarlos cuando ya es mayor?**
Sí, porque la discrepancia en habilidades entre la gente con síndrome de Down y sus compañeros de la población general se nota más aún en la adolescencia y en la adultez, y por tanto, la conciencia de las personas sobre esta diferencia es aún mayor en esta etapa. Tu hijo necesita hablar sobre su síndrome de Down para desarrollar una visión optimista y realista de sí mismo, como adolescente y como adulto.
**¿Qué respuestas debemos esperar de nuestro hijo al abordar el tema?**
En nuestra experiencia hemos visto que algunas personas tienen dificultad para aceptar el mensaje, pero la mayoría experimentan un cierto grado de alivio una vez que saben que tienen síndrome de Down. La conversación confirmará con frecuencia y validará sentimientos y observaciones que ya tenían sobre su diferencia. Al fin han encontrado el nombre de lo que están experimentando: el síndrome de Down. Ya hay algo que explica lo que les ha estado ocurriendo todos estos años.
**¿Deberíamos esperar a que la persona inicie la conversación sobre su síndrome de Down?**
Por supuesto, si la persona presenta el tema es muy importante responderle. Pero si ella no lo saca a relucir, no siempre es conveniente esperar. Muchas personas son muy conscientes y sensibles acerca del mundo que les rodea pero pueden tener dificultad para articular sus sentimientos y pensamientos a otros. El tomar la responsabilidad e iniciativa de tratar estos temas, les puede permitir verbalizar los temas y los miedos que tienen pero que han sido incapaces de expresarlos. Además, las personas con síndrome de Down son a veces sensibles a pequeñas señales o signos de los demás. Y si el tema es iniciado, pueden sentirse más libres para conversarlo; de lo contrario, pueden no estar seguros de si eso es lo que desean sus padres.
**¿Cómo hablamos acerca del síndrome de Down?**
Recomendamos frases y afirmaciones que sean sencillas y sinceras. Las personas necesitan conocer el nombre (síndrome de Down) de los que tienen. Porque esto les hace ver que se trata de una realidad concreta. Necesitan saber que hay diferencias importantes en relación con la mayoría de los demás, y cuáles son. Por ejemplo, que necesitan más tiempo para realizar ciertas tareas, que son más dependientes de otros en relación con sus finanzas, con los viajes o con cualquier otra actividad en la que se vea que tienen problemas.
Un modo de hablar sobre el síndrome de Down es señalar los puntos fuertes y débiles de esa persona. Es importante alabar y animar a la persona por lo que es capaz de hacer. Es también importante mencionar sus especiales dones y talentos. En cambio, es también esencial ser claro y directo sobre sus limitaciones. Todo lo que sea engañar a su sinceridad sobre estos temas corre el riesgo de socavar su credibilidad y, lo que es más importante, denigrar y utilizar a la persona con síndrome de Down. La mayoría de ellos perciben muy bien la veracidad y autenticidad de los comentarios de los demás. Si llegan a pensar que no eres sincero sobre sus limitaciones, probablemente no creerá tampoco tus comentarios sobre sus cualidades.
**¿Hay modos de promover y ampliar una imagen más positiva sobre el síndrome de Down?**
Puede ayudar el señalar a otras personas de diferentes edades y niveles de cualidades que él conozca, y que son buenos modelos de síndrome de Down. Algunos de ellos han alcanzado relevancia pública y se les ve en los medios, y puede apreciarse la autoestima que tienen.
**¿Hay maneras de normalizar el síndrome de Down?**
Hay maneras de ayudar a que la persona con síndrome de Down vea que, aunque su cuadro pueda ser exclusivo, muchos de sus problemas no lo son. Por ejemplo, será útil analizar juntos que todos tenemos cualidades y problemas. Muchos soñamos también con ser estrellas del espectáculo, o de los deportes, o tener más éxito en el trabajo o en las relaciones amorosas, y que todos tenemos que convivir con aquello con lo que nacimos.
Además, puede ayudar el razonar sobre el hecho de que no todas sus diferencias tienen relación con el síndrome de Down. Por ejemplo, su hermana mayor puede ser capaz de utilizar un teléfono móvil porque ya ha llegado a cierta edad, no porque no tenga síndrome de Down.
**¿Cuándo abordamos el tema?**
Hay tipos y situaciones muy diferentes en las que la persona puede ser abordada inicialmente.
- Puedes hacerlo cuando tu hijo haya tenido que confrontarse con comentarios sobre él que le resultan desagradables. Oímos cantidad de casos en los que adolescentes y adultos reciben miradas especiales, o son burlados, o incluso son víctimas de comentarios hirientes aunque no sean intencionados. En lugar de callar y dejarlo pasar, estas situaciones están pidiendo algún tipo de respuesta y razonamiento por parte de algún familiar (o de varios en una situación relajada) que ayude al hijo con síndrome de Down a aprender de esa situación y a manejar con eficacia esos temas.
- Otra oportunidad puede ser cuando la persona con síndrome de Down se compara a sí misma de modo desfavorable frente a otros sin discapacidad. Esto puede ocurrir cuando los demás disfrutan de experiencias vitales que ella probablemente no podrá experimentar, como el casarse, ir a la universidad, etc. Puede tratarse también de hechos más cotidianos, como el tener que ir acompañado a ciertos sitios cuando su hermano va solo, o no se le permite conducir.
- Los padres pueden abordar también el tema cuando no hay aspectos negativos o dificultades en relación con la persona con síndrome de Down. Y esto les permite conversar sin el agobio de alguna situación difícil. Tiene sus ventajas y sus inconvenientes. Porque alguno puede estar más profundamente interesado en el tema cuando se encuentra inmerso en una situación problemática como las que hemos descrito. Pero por otra parte, cuando no hay problemas de por medio, puedes introducir gradualmente los temas y razonarlos con más serenidad y tiempo, dejando a la persona que vaya procesando la información con más facilidad. Hay muchas maneras de hacer surgir la conversación; por ejemplo, si están viendo en televisión o en la calle a una persona que tiene síndrome de Down. ■

# La autoestima en los niños con Síndrome de Down, diferenciarlos o igualarlos

***Nekane Pardo Gascue***
*Psicóloga Clínica. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Sarriguren*

**La autoestima es el sentimiento que cada persona tiene de sí misma; si se considera valiosa para ella y los que la rodean, su autoestima es adecuada, pero si por el contrario, se siente una persona poco importante y poco productiva, su autoestima es baja.**

## ¿Qué es el síndrome de Down?

Síndrome de Down es una alteración genética que se produce por la presencia de un cromosoma extra (el cromosoma es la estructura que contiene el ADN) o una parte de él.
Las células del cuerpo humano tienen 46 cromosomas distribuidos en 23 pares. Uno de estos pares determina el sexo del individuo, los otros 22 se numeran del 1 al 22 en función de su tamaño decreciente. Las personas con síndrome de Down tienen tres cromosomas en el par 21 en lugar de los dos que existen habitualmente; por ello, este síndrome también se conoce como trisomía 21.
El síndrome de Down no es una enfermedad. El efecto que la presencia de esta alteración produce en cada persona es muy variable. Lo que sí podemos afirmar es que una persona con síndrome de Down tendrá algún grado de discapacidad intelectual y mostrará algunas características típicas de este síndrome.

## ¿Cómo se forma la Autoestima?

La autoestima se forma en gran medida como resultado de las experiencias y mensajes que dentro de la familia y la escuela nos hicieron sentir valiosos e importante; es por eso que se requiere que los padres y educadores comprendan la necesidad que tienen los hijos e hijas de ser reconocidos como personas imprescindibles dentro del núcleo familiar.
**Conviene saber** que las personas que tienen una autoestima baja pueden sentir que no poseen fuerza suficiente para llevar a cabo acciones que las demás sí pueden . El hecho de no sentirse fuertes para las cosas de la vida les lleva a experimentar sentimientos de soledad, impotencia, indefensión y / o minusvalía. Una persona con adecuada autoestima se siente bien consigo misma, por lo que tiene una capacidad para enfrentar retos y establecer relaciones satisfactorias y saludables con los demás.
**Y conviene saber también** que un/a niño/a Down como todos los bebés demandará una serie de cuidados físicos y atenciones: alimentación, cambio de pañales, horas de sueño, confort, y grandes dosis de cariño.
La discapacidad será sólo una característica más de su hijo. Su personalidad, aficiones, ilusiones y proyectos serán los que verdaderamente le definan como persona.

## Los padres, un elemento fundamental

Ante un niño con Síndrome de Down los padres se preguntarán, ¿cómo crecerá ?, ¿aprenderá?, ¿sabremos darle todo lo que necesita? De como los padres acepten y en definitiva actúen ante y con él/ella va a depender el bienestar de un/a niño/a Down y de su familia.
Y además de esas preguntas en un principio puede sobrevenir un sentimiento de miedo, de culpa y/o de indefensión.
El miedo es una emoción fuerte e intensa que sentimos en presencia de un peligro más o menos inmediato. Así como el peligro es real, el miedo es subjetivo y personal, ya que la imaginación desempeña un papel importante en la recepción de este peligro.
La culpa nos hace conscientes de que algo hemos hecho mal y facilita el intento de repararlo. Aunque a veces también nos sentimos culpables sin razón.
Indefensión es una sensación de desamparo, desvalimiento, desprotección, abandono, orfandad, soledad, extravío, debilidad, aislamiento,...
Desde la Salud Mental sabemos que ninguna de éstas cuestiones va a suponer un bagaje contenedor que ayude a estos niños y niñas en ese andar maravilloso y duro a la vez que es la vida .
Las diferencias no son negativas; es la necesidad de una sociedad basada en las serializaciones, en los prototipos y también en los prejuicios la que potencia el hecho de la diferencia como un problema .
Muy por el contrario, si estamos tranquil@s, serenos y convencidos de que nuestro hacer va a ser bueno , transmitiremos firmeza, fuerza , amor y serenidad.
Se podrá ayudar al niño para que supere muchas de sus limitaciones, ya que el desarrollo del cerebro humano no depende únicamente de los genes, sino del ambiente en que se desenvuelve y de la actividad que realiza..
Para ello será fundamental la estimulación por parte de los profesores y de las personas que estén al cuidado del niño.
Y para poder estimular los padres deben de estar convencidos de que lo que van a hacer es positivo y fundamental.
Por lo que es necesario que los padres reciban la atención necesaria para poder superar sus posibles miedos y culpas absurdas, que no van a hacer sino poner cortapisas al crecer, a los conocimientos y a todas las posibilidades de ese ser humano.
Que compartan sus temores, y sus ilusiones con otros padres en la misma situación.
Puede ocurrir que en un primer momento y llevados por la pena de que "mi hijo/a es diferente", la reacción sea protegerlo/a para que no sufra , para que no le hagan daño.
Las consecuencias pueden ser:
- Que la persona crezca en una burbuja, infatilizada, y que realmente no sepa enfrentarse a las cosas de la vida que decíamos en un primer momento.
- O por el contrario, que una vez que los padres hayan asumido el hecho de que tienen un hijo/a diferente, desde ese momento lo eduquen desde el estímulo y la apertura. La burbuja debe quedar atrás.

Cada niño y cada niña que padezca Síndrome de Down es una historia diferente, que en principio la Sociedad no debe rechazar nunca, ni debe estigmatizar, así los padres no se sentirán distintos y transmitirán fuerza para la integración.
No se sentirán culpables de no se sabe qué y así crearemos una Sociedad que acepte las historias diferentes.

*"Los científicos dicen que estamos hechos de átomos, a mi un pajarito me contó que estamos hechos de historias" (Eduardo Galeano).* ■

# Identidad y bienestar emocional

***Beatriz Garvia***
*Psicóloga clínica. Fundación Catalana Síndrome de Down, Barcelona.*
Revista Síndrome de Down: Vida adulta
*www.down21.org*

**Se entiende por bienestar emocional el estado de equilibrio entre las emociones, los sentimientos y los deseos. El bienestar emocional está en relación directa con la salud mental, física y social y con el concepto de identidad entendida como el conjunto de rasgos corporales, mentales y psicológicos que se van desarrollando a lo largo de la vida y que configuran nuestra personalidad.**

Robert Shalock, para el que la calidad de vida para las personas con discapacidad intelectual se basa en los mismos criterios que para el resto de la población, dice que la calidad de vida depende de condiciones objetivas, por un lado y la percepción o satisfacción que la persona tenga de esas condiciones de vida, por otro. La calidad de vida se articula en ocho dimensiones y una de ellas es el bienestar emocional, que viene determinado por la felicidad, la seguridad, la ausencia de estrés, la espiritualidad, la satisfacción y el autoconcepto. Voy a hablar, precisamente, del autoconcepto, de la identidad.

## ¿Qué es la identidad?

Cuando nos planteamos preguntas como: «¿Quién soy?, ¿cómo me veo?, ¿cómo me describiría?, ¿qué me gusta de mí?, ¿qué no me gusta?, ¿cómo querría ser?» intentamos dar un sentido a nuestra existencia, un significado individualizado, diferente del de los otros y caracterizado por la singularidad de cada uno. Y así definimos nuestra identidad. La identidad es una necesidad básica del ser humano.

## Identidad y síndrome de Down

¿Qué ocurre cuando hacemos referencia a las personas con síndrome de Down? A las personas con síndrome de Down las igualamos por el síndrome y un síndrome, según el diccionario, es un conjunto de síntomas o señales con que aparece una enfermedad. ¿Cómo construye una persona, definida desde un síndrome, su identidad?, ¿cómo se imagina o se crea su proyecto de futuro, definida desde lo que no puede hacer? Al igualar a las personas por el síndrome se les impide descubrir sus capacidades, ver lo intrínseco de sí mismas, lo que comparten con la familia —"me parezco a mi padre en esto y a mi madre en esto otro"—, y con el resto de las personas además se les dificulta constituirse como un sujeto único que forma parte de una sociedad plural, construir su identidad y definir un proyecto de futuro.
El concepto de discapacidad eclipsa a la persona. Cuando nace un niño con síndrome de Down el concepto que predomina es el de niño sindrómico y se le iguala a los otros niños con síndrome de Down, «los Down,» como si perteneciesen a una raza diferente, a una familia diferente («¿A quién se parece? Estos niños se parecen entre ellos») o tuvieran poco que ver con la normalidad. Pero, aunque todos presenten un fenotipo determinado, cierta predisposición a unas enfermedades específicas y un retraso mental entre medio o ligero, las personas con síndrome de Down son seres humanos muy diferentes entre sí, con gustos, intereses y contextos familiares diversos. Detrás del síndrome o de cualquier patología orgánica hay un niño, una persona que necesita lo mismo que todos los niños: que jueguen con él, que se disfrute de ese juego, que se le tenga en cuenta, que se le valore y que se le quiera porque está sometido a los mismos principios básicos que todos los niños para su constitución como sujeto psíquico. No todo está inscrito en el genoma.

## La sobreprotección. Educamos con miedo

En ningún cromosoma o en ningún gen está inscrito que una persona con síndrome de Down no pueda ducharse sola, hacerse un bocadillo, cruzar una calle, trabajar, ganarse un sueldo o independizarse con los apoyos necesarios. Sin embargo, muchas de ellas no llegan a conseguirlo. Y no siempre es debido a la discapacidad; a veces es la sobreprotección, el miedo al riesgo o la desconfianza lo que impide el desarrollo y el crecimiento. Nos da miedo que se duche solo por si se quema con el agua, que se haga un bocadillo por si se corta con el cuchillo, que cruce la calle porque, como no mira, le puede atropellar un coche y así, a fuerza de sobreprotección, no se le permite hacer un gran número de cosas que podría hacer y que son necesarias para su desarrollo y su crecimiento personal. Esto le invalida casi más que la propia discapacidad, porque le impide constituirse como sujeto y le instala en la dependencia.

## El proyecto de futuro

La discapacidad no debe suponer la imposibilidad de que un sujeto se mueva por su propio deseo. El proyecto de futuro de un ser humano se inicia en el mismo momento del nacimiento. ¿Qué será de mayor?, ¿cómo me lo imagino?, ¿cómo voy a educarlo?, ¿qué principios quiero inculcarle? Todas estas preguntas sustentan un proyecto de futuro en el que la persona será fundamentalmente ella misma. Intentamos darle elementos para que se maneje por sí sola en la vida de la mejor manera posible y para ello, desde pequeño debemos tratarle como un sujeto diferente de nosotros, con sus deseos y opiniones. Preguntar al niño qué desea comer cuando va a un restaurante, qué ropa quiere ponerse o cuál es su juguete preferido, atender y respetar sus gustos, interesarse por sus amigos, por si lo ha pasado bien en el colegio o por si quiere invitar a un amigo a casa a merendar, son cuestiones habituales que, sin embargo, casi nunca se plantean cuando se trata de niños con síndrome de Down. Las vidas de las personas con síndrome de Down están dirigidas y planificadas con el objetivo de que aprendan lo máximo posible, de que hagan los que se les dice, de que se "porten bien" y que se adapten y se integren en la sociedad.
Las expectativas que los demás ponen en nosotros, la confianza, lo que se espera, el proyecto de futuro son cuestiones fundamentales para el buen desarrollo de la personalidad. Para asumir quiénes somos o cómo

somos necesitamos unos puntos de referencia que, generalmente, nos vienen dados por los otros. Si el mensaje es que no servimos para nada difícilmente nos superaremos. Por eso, la representación mental de un determinado concepto, en este caso el de la persona con discapacidad, es determinante en el desarrollo psíquico de la misma. Y la representación mental de la persona con síndrome de Down hasta hace relativamente poco tiempo ha sido la de niño eterno que depende de sus padres. Actualmente, esa imagen está cambiando, aunque todavía no se les acaba de considerar personas adultas con derechos y, también, con obligaciones y responsabilidades.

## La motivación

¿Por qué con un mismo CI unas personas con síndrome de Down aprenden a leer y a escribir y otras no? Para aprender hay que desear hacerlo, hay que estar motivado. Y el deseo de aprender está íntimamente ligado a la autoestima, a la confianza en uno mismo y a las expectativas de los demás. Una discapacidad, en sí misma, no debe justificar un comportamiento anómalo ni que la persona portadora sea educada o reciba mensajes diferentes del resto de la población. Porque, aunque tenga recursos suficientes, si no es pensada como capaz, no podrá desarrollar sus capacidades, no estará suficientemente motivada y no tendrá deseos de crecer, de llegar a ser adulta. Hay personas que llegan a ser ingenieros aeronáuticos, otras son albañiles y otras artistas; en esta realidad intervienen muchos factores, desde sus capacidades hasta su educación, formación y demás oportunidades que la vida les ha ofrecido, incluido, por supuesto, el deseo de ser algo. Lo que es indudable es que hay un amplio abanico de posibilidades. Para las personas con síndrome de Down debería existir este abanico de posibilidades y, sin embargo, todavía muy pocas acceden a gestionar su propia vida o a decidir qué quieren ser o en qué quieren trabajar.
La necesidad de normalidad es algo a tener en cuenta para conseguir un desarrollo armónico. Si a una persona con síndrome de Down, por el hecho de tener una discapacidad, se le admiten transgresiones o se le sobreprotege y no se le exige de acuerdo a sus posibilidades, su desarrollo personal no será completo y sus relaciones personales y sociales no serán ricas ni adaptadas.

*(Sigue en pág. 26)*

## La construcción de la identidad

La construcción de la identidad se inicia en el momento del nacimiento y se va estructurando a través de las experiencias propias y a través de la imagen de uno mismo percibida en los demás. Erich Fromm dice que la necesidad de un sentimiento de identidad es tan vital e imperativa que el hombre no podría estar sano si no encontrara el modo de satisfacerla. La identidad es como un sello de personalidad.

**En el niño.** ¿Cómo se construye la identidad? Un bebé es un ser humano en proyecto y tiene que realizar el trabajo de constituirse como sujeto; el niño crece en relación con el otro, se ve tal como es mirado y se identifica con la imagen que el otro tiene de él. A medida que crece el niño va recogiendo la imagen que le ofrecen los demás y, junto con la percepción interna de sí mismo, va configurando su identidad, va conociéndose y reconociéndose. El niño tiene una idea clara de cómo es; sabe si es simpático, sensible, tímido y va construyendo una imagen de sí mismo que le va a servir para manejarse de una determinada manera en la vida, en las relaciones afectivas, personales y laborales.

Exigir al niño desde pequeño actuaciones responsables dentro de sus posibilidades, le permitirá saber afrontar, en un futuro, el mundo laboral ordinario y cumplir con sus responsabilidades. Es muy importante responsabilizar a los niños con síndrome de Down desde pequeños. La tendencia es hacerles todo: atarles los zapatos, ducharles, acompañarles, y esto se hace sin fecha de caducidad. Siempre. No es lo mismo hacer la cama que encargarse de que no falte un determinado alimento en la nevera. Si damos responsabilidades pequeñas a los niños cuando son pequeños, podemos seguir dando responsabilidades mayores a medida que crecen. Porque si no, no estarán preparados para trabajar o independizarse. Y no podemos echar la culpa de ello a la discapacidad.

**En el adolescente.** La adolescencia es una época de crisis en cuanto a la construcción de la identidad. Por eso conlleva ciertos riesgos. Es el momento de la toma de conciencia de la discapacidad, el momento en que busca a los iguales para relacionarse, buscar compañía y compartir actividades, pero también los rechaza porque no se acepta a sí mismo y porque rechaza el síndrome. Es el momento de ponerse las pilas y desear crecer o de favorecer las regresiones por falta de fuerza y de apoyo suficiente en lo que sería un proyecto de vida adulta.

El adolescente con síndrome de Down percibe lo que hacen sus compañeros de clase o sus hermanos y desea hacer las mismas cosas, pero muchas veces no tiene la fuerza necesaria para oponerse al instinto protector de los padres y puede quedarse anclado en la infancia, puede no salir nunca de la familia o de las familias alternativas (centros de día o residencias) y darse cuenta de que los otros mundos adolescentes son inalcanzables para él. Y puede ocurrir que quede anclado en la infancia e identificado con la discapacidad.

## La identidad adulta

La identidad adulta está íntimamente ligada al rol laboral, al trabajo, pues entrar en el mundo laboral representa entrar en el mundo de los adultos. Este proceso es difícil para todos y más aún para las personas con síndrome de Down. Para ellas igual que para todos, el trabajo, como actividad humana, significa una manera de cubrir sus necesidades personales, económicas y relacionales. Trabajar no significa solo hacer un trabajo, sino "interiorizar" el rol de trabajador, de adulto, reconocer su poder, hacerse cargo de las responsabilidades y de los derechos que conlleva y, a través de ese papel, aceptar el de los demás, es decir, formar parte de la sociedad. Para entender la estrecha relación existente entre trabajo e identidad no hay mas que fijarse en cosas cotidianas: ¿en qué trabajas? Soy fontanero, médico, agricultor, abogado... "Soy". Freud dice que nada liga más al individuo a la realidad como el trabajo que lo incorpora a una parte de la realidad, a la comunidad humana.

## Cómo ayudar

La persona con síndrome de Down lleva la discapacidad inscrita en la cara. Este hecho favorece un tipo de mirada infantilizante y sobreprotectora por parte del otro que en nada favorece la construcción de una identidad propia. Cada una de esas miradas entraña un juicio —o más bien un prejuicio— y una calificación —casi siempre errónea—, que deja poco espacio para la sorpresa, para el atractivo que supone el hecho de conocer a un ser humano. Debemos cambiar la mirada que dirigimos a las personas con síndrome de Down y no ver sólo lo que no puede hacer.

Hay familias que, desde hace tiempo, han iniciado otro recorrido. Un recorrido encaminado a descubrir y potenciar las capacidades, un recorrido basado en la confianza, en la exigencia y en la responsabilidad. Un recorrido basado en un proyecto de futuro. Un recorrido difícil, costoso, y en el que se emplean muchas energías. Pero es el recorrido que posibilita el acceso al crecimiento, a la edad adulta, al mundo adulto y al bienestar emocional. Hay padres que han entendido que una cosa es poner la mesa y otra muy diferente encargarse de cerrar la puerta con llave por la noche. La primera es una tarea mecánica y, la segunda, una responsabilidad. Hay familias que tienen expectativas reales, que contemplan el deseo del hijo, sus opiniones, gustos, ideas y proyectos y favorecen el desarrollo armónico y la llegada a la etapa adulta. Pero para llegar a este punto se necesitan apoyos. Como hemos dicho, la sobreprotección invalida; pero, por otra parte, la incorporación creciente de la persona con síndrome de Down a un mundo complejo y cargado de estímulos estresantes puede suscitar en ella reacciones diversas ante una realidad que quizá no comprenda o abarque en su totalidad, puesto que su capacidad adaptativa es inferior. Esas reacciones pueden tomar la forma de conductas no aceptables o de depresiones importantes.

Por eso la prevención en la salud mental es tan importante como en la salud física. Las personas con síndrome de Down son más vulnerables que el resto de la población y necesitan más apoyos para integrarse socialmente, para aceptarse a sí mismas, para tener una mayor confianza en sus propios logros y para conseguir una mayor seguridad.

Es muy importante, para prevenir trastornos mentales en todas las edades y para conseguir el bienestar emocional al que hacía referencia al principio, trabajar la identidad, ayudar a la persona con síndrome de Down desde pequeña a conocerse, a aceptarse, a descubrir el síndrome y también sus múltiples capacidades. Educar es transmitir normas, pero también es dejar crecer, confiar, exigir y valorar los logros. La persona con síndrome de Down (¿y quién no?) necesita confianza y sentirse capaz para crecer y para configurar una autoestima lo más sólida posible. La confianza entraña un riesgo (si le dejo cruzar la calle, le puede atropellar un coche), pero recordemos que el riesgo bien asumido se traduce en autonomía. Por eso debemos hacer todo lo que esté en nuestras manos para que las personas con discapacidad construyan una identidad no basada en la discapacidad sino en sus posibilidades y aptitudes y tengan un proyecto de vida. Nuestro reto consiste en reconocer y respetar los tiempos de crecimiento y en saber aceptar una condición de adulto en lugar de una eterna infancia. Si estamos convencidos de que las personas con discapacidad tienen posibilidad de crecer y de formar parte activa de la sociedad, seguro que son capaces de responder a ese proyecto. ■



ginecologíayobstetricia

# Lactancia materna en bebés con Síndrome de Down

***Iratxe Garnica Martínez, Graciela Dorado Fernández, Allende Pérez Félez,***
*Matronas. Unidad de partos y urgencias toco-ginecológicas. Complejo Hospitalario de Navarra*

**Determinadas características de los bebés con S. Down y la frecuente separación del niño y la madre durante los primeros días de vida, hacen que la lactancia materna sea más dificultosa en este colectivo. Las madres y sus bebés necesitan mayor apoyo y dedicación del personal que les atiende. En la manera en que conozcamos más sobre las posibles dificultades podremos adelantarnos a los problemas, darles solución e instruir a las madres.**

Características de los bebés con S.Down que pueden interferir con la lactancia:

- Nariz pequeña, hueso nasal poco desarrollado y aplastamiento del puente nasal, esto hace muy frecuente su obstrucción con el pecho materno.
- Cuello corto y ancho con acusado pliegue dérmico. A veces dislocación atlantoaxoidea que causa tortícolis, inclinación de la cabeza y limitación de la movilidad, lo que dificulta el mantenimiento de una postura correcta.

*Cuidados:* evaluar las primeras tomas, advertir a la madre sobre la necesidad de vigilancia durante la toma y ayudar al mantenimiento de la postura correcta.

- Boca: paladar estrecho, frenillo y labio superior corto, ángulo mandibular obtuso y maxilares poco desarrollados.

La succión directa del pecho activa el desarrollo del maxilar, mejora la coodinación boca-lengua y hace que el labio superior se vaya desarrollando normalmente (beneficioso para la alimentación con sólidos y el habla).

- Lengua protuyente que tiende a sacar el pezón de la boca, macroglosia e hipotonía lingual. Movimientos linguales ondulatorios y capacidad de succión alterados. Es más difícil un sellado correcto y mantener la presión negativa.

*Cuidados:* vigilar la posición de la lengua que debe quedar siempre debajo del pezón.

- Aparato locomotor: hiperflexibilidad e hipotonía. Lloran y patalean menos, les cuesta mantener la postura y se atragantan más fácilmente.

*Cuidados:* favorecer posturas verticales que disminuyan los atragantamientos, estar atentos ante manifestaciones sutiles de hambre.

- Sistema nervioso central: son "dormilones", los reflejos típicos de neonato están ausentes o disminuidos, necesitan ser estimulados y a veces no se despiertan para comer.

La lactancia materna ofrece el marco ideal para la estimulación y el contacto y la leche materna se digiere más fácilmente, lo que hace que el bebé esté más horas despierto y haya más oportunidades para estimularlo.

*Cuidados:* ofrecer el pecho de 8-12 veces/día, las posiciones verticales los mantienen más alerta, cambiarlos de pecho cuando pierdan interés en la succión, y estimularles (no abrigarlo demasiado, hablarle, cambiarle el pañal, refrescarle la carita...)

- Sistema inmunológico: inmunidad celular y humoral alterada, mayor susceptibilidad a infecciones sobre todo respiratorias e intestinales.

*Cuidados:* lavados de suero fisiológico de la boca y nariz antes de la toma les permitirán respirar mejor.

- Sistema cardiovascular: entre un 35 y un 50% presentan anomalías congénitas lo que hace que se cansen antes y presenten fatiga.

*Cuidados:* Vigilar la fatiga del bebé y tener paciencia. Tomas cortas y frecuentes. Si el bebé precisa mayores aportes energéticos o restricción de volumen extraer la leche manualmente y administrarle la parte final y si no es posible una succión eficaz, extraer la leche y ofrecerla con cucharilla, vasito o biberón.

Existe la creencia de que amamantar consume más energía que dar biberón pero investigaciones recientes indican lo contrario. Durante el amamantamiento la frecuencia cardiaca y la frecuencia respiratoria permanecen estables y presentan mejores saturaciones de oxígeno.

La lactancia materna está especialmente recomendada por ser baja en sodio, fácilmente digerible y con alta capacidad inmunitaria, siendo menos frecuente la contaminación que al preparar un biberón.

La lactancia materna es un reto difícil en éste colectivo pero sus múltiples ventajas hacen que debamos esforzarnos para promoverla y hacer de este reto un logro. ■

# Neuropsicología en la educación especial

*Lucía Zumárraga*
*Psicóloga clínica, máster en Neurorehabilitación, dra. en Neurociencias.*
*Directora del Centro de Neurorehabilitación Pediátrica NeuroPed.*
Artículo publicado en el Nº 44 de la revista ISTERRIA

**Los avances de la Neurociencia y la tecnología de las últimas décadas posibilitan la mejora de la actividad educadora y rehabilitadora.**

**El único objetivo es conseguir que los niños alcancen el máximo nivel de autonomía, mejoren su calidad de vida y su participación e inclusión social.**

Desde el momento del nacimiento comienza a formarse la arquitectura cerebral del niño, base de los futuros aprendizajes. El desarrollo del niño está basado en los procesos de maduración neurológica y determinados por el entorno. En otras palabras, la exposición a situaciones de aprendizaje y experiencias vitales producen cambios plásticos en nuestro cerebro.

Es aceptado que el cerebro, y en especial el de los niños y adolescentes es plástico. La investigación pone de manifiesto que la neuro-plasticidad se puede modular mediante la experiencia: aprendizaje y rehabilitación. Así, se auguran mejoras y cambios funcionales significativos.

Un niño y adolescente está en constante evolución y cambio. Cuando sufre o ha sufrido una alteración en su neurodesarrollo se dice que crece con sus dificultades. Así, los signos y objetivos de tratamiento y educación van a ir cambiando a lo largo de las etapas educativas. A ello, se suma la interacción entre la maduración del la persona y las barreras o facilitadores del entorno.

Los trastornos del neurodesarrollo tienen gran importancia en la sociedad del siglo XXI dada la actual esperanza de vida. Por tanto, será fundamental invertir en las etapas tempranas y escolares para promover una transición a la vida adulta y a la vejez con la mayor autonomía posible.

## ¿Qué es la neuropsicología clínica pediátrica?

La neuropsicología clínica pediátrica se basa en la comprensión del proceso de neurodesarrollo normal y la repercusión que en él tiene una interrupción de dicho desarrollo. Comprende e interviene en trastornos neurológicos, psiquiátricos, psicosociales, y de aprendizaje en niños y adolescentes.

La neuropsicología clínica pediátrica se puede decir que interviene en tres grandes grupos de niños:

- Alteraciones congénitas (de origen prenatal, perinatal, genético, prematuridad, etc.);
- Daño Cerebral Adquirido (traumatismo craneoencefálico, ictus, tumores, etc.)
- Trastornos del NeuroDesarrollo (trastorno del espectro autista, trastornos específicos del aprendizaje, tda-h, etc.).

En adelante, hablaremos de Trastornos del NeuroDesarrollo de manera genérica, conociendo las diferencias entre los tres grandes bloques de patologías y las necesidades específicas de cada trastorno en específico.

Los trastornos del NeuroDesarrollo son un grupo de condiciones que se inician en el periodo de desarrollo cerebral, se manifiestan y evolucionan durante la infancia y adolescencia. Se producen alteraciones físicas (sensoriales y motoras), cognitivas, conductuales, emocionales, familiares, sociales, académicas y funcionales. En definitiva, impacta en la adaptación psicosocial en los entornos familiar, escolar y comunitario.

## Rehabilitación neuropsicológica

La palabra rehabilitación proviene de la unión de dos conceptos del Latín re que significa otra vez y habilito que expresa hacer posible. En todos los casos se da una situación de enseñanza aprendizaje.

La rehabilitación neuropsicológica, del Neurodesarrollo, es un programa de tratamiento integral que en función de una valoración global promueve el desarrollo. Establece programas de intervención a corto y largo plazo con seguimiento durante todas sus etapas de desarrollo. Las características fundamentales son:

- El modelo de tratamiento en Neuro-Rehabilitación es aquel centrado en la persona. Son programas de tratamiento centrados en la familia y su hijo/a, fuertemente coordinado con los agentes educativos y socio-sanitarios.
- Los déficits cognitivos influyen en la ejecución de todas las actividades de la vida diaria. Por ello, se implementan estrategias y mecanismos de afrontamiento para resolver situaciones de la vida diaria en el entorno familiar, escolar y comunitario. Se adaptan las estrategias de intervención al perfil de afectación y capacidades funcionales preservadas. Es fundamental, ofrecer tratamientos que incluyan como parte del tratamiento, al menos, a la familia y a la escuela.
- La Rehabilitación Neuropsicológica infantil se enfrenta a una elevada a comorbilidad que puede ser modificada durante el desarrollo. Así mismo, pueden desarrollar trastornos secundarios (generales de salud o relacionados con la patología de base). Todo ello puede variar con el paso del tiempo, la maduración y las exigencias del entorno.
- Además, el clínico se enfrenta a importantes dificultades para medir el progreso y su evolución. Es decir, la percepción y rendimiento será diferente si se valora directamente al niño o adolescente, o evalúa en la familia o la escuela.
- El Neuropsicólogo debe hacer frente a las siguientes funciones: asesorar, monitorizar y ser terapeuta.

## Modelo de rehabilitación neuropsicológica

La rehabilitación neuropsicológica se sirve de estrategias de intervención restitutivas o compensatorias, para, en función de las capacidades preservadas y afectadas, lograr el máximo nivel de realización en las actividades de vida diaria. Anderson, propone un modelo de rehabilitación neuropsicológica en pediatría, que más tarde ha sido adaptado por Enseñat y Picó (2011), cuyos componentes fundamentales son:

- **Restauración de la función**, intervención directa: ejercicios específicos de las funciones cognitivas (atención, memoria, visopercepción y funciones ejecutivas) con el fin de restaurar la disfunción cognitiva.
- **Adaptación funcional**, técnicas compensatorias: estrategias alternativas que ayudan al niño a compensar sus dificultades cognitivas.
- **Modificación de conducta:** para el manejo de los trastornos de conducta. Es importante la formación de los padres, y familia extensa, en el control de todas las técnicas para lograr una adecuada generalización.
- **Modificación del entorno.** Cambios que se realizan en el ambiente físico del niño con el fin de reducir sus alteraciones funcionales y del comportamiento. Puede Incluir:
  - *Simplificación de las tareas,* reducir el número de estímulos, tiempo de los ejercicios.
  - *Reducción de ruido,* la eliminación de otras posibles distracciones.
  - *Uso de ayudas externas o señales,* como las listas, diarios, alarmas, o sistemas de localización.
- Intervención en la familia: la familia tienen un papel central en el desarrollo de su hijo. Sufren las consecuencias de la patología, el desconcierto y la incertidumbre sobre el futuro. Lo cual produce elevados niveles de estrés y en ocasiones de culpabilidad. Por tanto, es necesario realizar una intervención directa que se ampliará en las siguientes páginas.
- Acelerar las habilidades del desarrollo: La adquisición de nuevos aprendizajes puede ser complicada. Los programas de educación refuerzan y tratan de que alcance lo más rápido posible los aprendizajes
- Pautas a la familia y escuela: es decir formación e información sobre las estrategias de intervención, metodologías adecuadas de enseñanza-aprendizaje, y finalmente sobre el desarrollo y las consecuencias de la alteración neurológica del niño y su impacto en la vida diaria.
- Intervenciones psicológicas: la alteración neurológica conlleva consecuencias sensoriomotoras, cognitivos, emocionales y sociales y todas ellas deben ser tratadas con igual importancia. Por ello, serán fundamentales las intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida, tolerancia a la frustración, manejo del estrés y los trastornos emocionales en general.

## Rehabilitación Cognitiva

Una de las técnicas dentro de la rehabilitación cognitiva es la restitución. Existen multitud de recursos en el mercado que trabajan los diversos componentes de las funciones cognitivas, tanto en papel y lápiz como a través del ordenador. Muchos de los programas informáticos están comercializados como neuronup©, entre otros. Así mismo el profesional es libre para crear e inventar tareas de rehabilitación de la atención a través de juegos, materiales creados, etc.

Lo importante de toda intervención es tener unos objetivos, una planificación y un sistema de monitorización. Las tareas tienen que motivar deben estar estructurados (variados, breves, concretos,...) y jerarquizadas en niveles de dificultad. Las nuevas tecnologías son una herramienta en manos de los profesionales pero no son en sí mismas rehabilitadoras si no tienen una adecuada planificación.

La neuropsicología fomenta los modelos integrales y la rehabilitación de todas las funciones cognitivas, y de los aspectos conductuales y emocionales. Las funciones cognitivas se desarrollan durante la infancia por tanto es necesario conocer y estudiar cómo evolucionan. Y así, planificar y proponer actividades adecuadas al nivel de madurativo del niño.

## Conclusión

Estamos totalmente convencidos de que el trabajo en equipo orientado a los objetivos, con profesionales abiertos a los avances y con la flexibilidad e inteligencia en la aplicación de las terapias que cada niño recomiende va a lograr una mayor y mejor eficacia. Y por lo tanto, debemos dedicar una gran parte de los recursos a la coordinación de los profesionales y a la comprensión de la contribución que cada especialidad puede hacer al objetivo final. ■

PROYECTO DE LAS MISIONERAS DE CRISTO JESÚS

**Construcción de un Centro Materno-Neonatal Concha Arraiza**

**Diócesis de Maroua-Mokolo**
**Misión Católica de Bogo**

Contactos las hermanas:
marietuka@yahoo.fr
polaroshuerta@hotmail. com

DONACIONES: Banco Popular
Alcalá,26. 28001-Madrid
Nº de cuenta: **0075 0001 83 0606017742**
Misioneras de Cristo Jesús, para la maternidad de Camerún

Quien quiera desgravar en la declaración de la renta debe enviar todos sus datos a:
Misioneras de Cristo Jesús
Peñuelas 18-5º A. 28005 MADRID
T. 915 174 178 ó 915 174 289

# Alimentar educando

***Begoña Garcés Cuartero***
*Dietista-Nutricionista y Tecnóloga de alimentos*
*Col. nº NA258*
*Ausolan Jangarria*

**La salud y el bienestar, presentes y futuros, de la población están profundamente condicionados por el tipo de alimentación recibida y el mantenimiento de un peso saludable. La restauración colectiva o social ofrece servicio diariamente a un gran colectivo de consumidores especialmente sensibles: niños, personas con discapacidad, enfermos, personas de la tercera edad.**

Ausolan Jangarria es una empresa de restauración colectiva nacida en 1985 e integrada por más de 900 profesionales que atendemos a diario aproximadamente a 20.000 comensales en 190 centros en la Comunidad Foral de Navarra. Desde 1999, formamos parte del Grupo Ausolan cuya empresa madre es Auzo Lagun S.Coop., sociedad cooperativa de trabajo perteneciente al Grupo Mondragón, fundada en 1969.

En Ausolan Jangarria somos plenamente conscientes de nuestra labor y compromiso con la sociedad. Somos profesionales, pero también padres, madres, hijos, hijas, hermanos... de personas que cada día utilizan el servicio de comedor.

Nos planteamos nuestro servicio de una forma global, en la que alimentación y educación van siempre unidos y enmarcados dentro de la excelencia de la calidad y seguridad alimentarias.

## Alimentamos

Nos dedicamos a la alimentación. Nuestra base son los menús. Para su confección y elaboración tenemos en cuenta los siguientes criterios:

- Recomendaciones nutricionales emitidas por organismos reconocidos en materia de la nutrición y dietética: FAO-OMS, AECOSAN (Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición) con su programa de prevención de la obesidad infantil ESTRATEGIA NAOS, etc.
- Costumbres culinarias y gastronómicas de Navarra.
- Calidad, variedad y diversidad en la elaboración de los platos.
- Atención a las dietas terapéuticas por diferentes patologías.

Entendemos que el menú, por sí mismo, hace que las personas se eduquen día a día en hábitos alimentarios saludables.

Como empresa dinámica y creativa para una continua mejora tenemos un equipo de I+D dedicado al desarrollo de nuevos platos, estudio de nuevas materias primas y de nuevas tecnologías y maquinaria.

## Educamos

Implantamos nuestro proyecto educativo "Crecer" en aquellos centros en los que gestionamos el personal fomentando la adquisición de buenos hábitos, no sólo alimentarios sino también de higiene, autonomía personal y convivencia.

Ofrecemos una formación continua a nuestros trabajadores en materia de alimentación, salud y educación.

Realizamos talleres educativos de cocina, catas, actividades lúdicas y gastronómicas, charlas a familiares, etc.

## Alimentación y educación en personas con discapacidad

Desde hace años venimos colaborando y dando servicio a centros que atienden a personas con discapacidad como TASUBINSA, ASPACE, CPEE Andrés Muñoz y ADACEN. Las personas con discapacidad son un grupo muy heterogéneo, con una amplia variedad de factores que afectan a sus hábitos alimentarios y a su estado nutricional. Pueden presentar problemas nutricionales muy variados a los que las dietistas tenemos que atender adaptando los menús según las prescripciones médicas. Nos encontramos fundamentalmente con dietas con modificaciones de textura y consistencia para personas con dificultades en la masticación y/o deglución, dietas ajustadas en calorías para casos de sobrepeso u obesidad, y dietas para patologías o sintomatología asociada como Diabetes, Enfermedades cardiovasculares, estreñimiento, etc.

Uno de los problemas más preocupantes es la asociación Obesidad-Discapacidad intelectual. La Sociedad Española para el estudio de la Obesidad (SEEDO) ha alertado recientemente sobre este tema tras los resultados de un estudio desarrollado por la Universidad de Illinois. La prevalencia de obesidad es cuatro veces superior que en personas de la misma edad sin discapacidad. La obesidad aumenta la incidencia de enfermedades cardiovasculares o diabetes, incrementando su nivel de dependencia y empeorando su calidad de vida. Se hace evidente la necesidad de mejorar sus hábitos alimentarios y promover la actividad física.

A este respecto hace años que trabajamos a nivel formativo con estas personas y los profesionales que están a su cuidado. Este último año estamos realizando los talleres prácticos "Construye tu alimentación saludable", con material muy sencillo y visual en los que se trabaja la puesta en práctica de una alimentación saludable y se fomenta la práctica regular de ejercicio. ■

# SOLUCIONES FINANCIERAS PARA FUNCIONARIOS

SF es la respuesta que el colectivo de salud estaba esperando. Servicios Financieros, jurídicos y fiscales **enfocados para los trabajadores del colectivo salud de Navarra**. Servicio integral a todos nuestros clientes. Convenio con las principales entidades financieras para conseguir mejores condiciones para tus ahorros ó conseguir esa financiación que tanto necesitas.

## NO IMPORTA RAI NI ASNEF

**Agrupación de préstamo**
Agrupamos todos tus préstamos y tarjetas. Facilitamos esa liquidez que necesitas en este momento. Reducción de cuotas hasta en un 75 %.

**Financiación**
Disponemos de una amplísima gama de productos de financiación; desde préstamos personales, hipotecarios, leasings, rentings, etc...

**Ejemplo agrupación de préstamos**
Una persona tiene 1 préstamo hipotecario y 2 personales con cuotas totales de 1.085 €. Tarjetas de crédito con cuotas de 315 € al mes y además necesita 35.000 € de liquidez.

1.085 €/mes + 315 €/mes + liquidez 35.000 € = 635 €/mes

A través de una agrupación de préstamos, consiguió esa liquidez y además, la cuota resultante bajó a 635 € al mes. Consiguió bajar más del 50 % de los pagos y la liquidez extra para el coche y las reformas.

**ESTAMOS PARA AYUDARTE, PARA QUE TUS GASTOS DEJEN DE PREOCUPARTE Y DEVOLVERTE LA TRANQUILIDAD**

SOLUCIONES FINANCIERAS PARA FUNCIONARIOS SF

C/ Esquíroz, 29 Trasera • 31007 Pamplona
Tel.: 948 316 850 • Fax: 948 346 938
www.solucionesfinancierasparafuncionarios.com
email: info@solucionesfinancierasdenavarra.com