

DESCRIPCIÓN DEL SÍNDROME DE RETT: INTERVENCIÓN EN UN CASO

**Jorge J. Gómez Gude
Maximina Rodríguez Fernández
Emma Blanco**

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación
Universidad de Vigo.

RESUMEN:

Con la presente comunicación hemos querido ahondar en el Síndrome de Rett, un trastorno que tenemos que conocer más a fondo desde todos los ámbitos, en especial desde el educativo. Hemos hecho una descripción sobre todas las características propias de este trastorno y las posibles intervenciones desde diferentes áreas. Presentamos parte de la intervención educativa hecha en un caso de una niña con dicho síndrome.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Rett, características, intervenciones.

El trastorno de Rett es uno de los Trastornos Profundos o Generalizados del Desarrollo ...” siendo “... reconocido en los manuales diagnósticos psiquiátricos como el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales, Cuarta revisión) y el CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión), compartiendo las características de este grupo de trastornos como son la presencia de un deterioro severo en las áreas de habilidades sociales, habilidades para la comunicación y la presencia de conductas, intereses o actividades estereotipadas. En este grupo de patologías encontramos también al Autismo Infantil y al Síndrome de Asperger.”

El síndrome de Rett se trata de un trastorno, descrito hasta ahora sólo en niñas, cuya causa es desconocida pero que se ha diferenciado por sus características de comienzo, curso y sintomatología.

El desarrollo temprano del niño es aparentemente normal o casi normal pero se sigue de una pérdida parcial o completa de capacidades manuales adquiridas y del habla, junto con retraso en el crecimiento de la cabeza y que aparece generalmente entre los 7 meses y los dos años de edad.

Las características principales son:

- pérdida de los movimientos intencionales de las manos, estereotipias consistentes en retorcerse las manos e hiperventilación.
- El desarrollo social y lúdico se detiene en el segundo o tercer año, pero el interés social suele mantenerse.
- Durante la infancia suele desarrollarse ataxia y apraxia de tronco, que se acompañan de escoliosis o cifoescoliosis y algunas veces de movimiento coreoatetósicos.
- La consecuencia invariable es la de una grave invalidez mental.
- Es frecuente que durante la infancia aparezcan crisis epilépticas.

Podemos diferenciar diferentes estadios:

- *Estadio I (6-18 meses)*: Desinterés por las actividades de juego; hipotonía.
- *Estadio II (1-3 años)*: Regresión rápida; irritabilidad; síntomas parecidos al autismo.
- *Estadio III (2-10 años)*: Convulsiones severas; retraso mental; “lavado de manos”; hiperventilación; bruxismo (rechinar de dientes); aerofagia.
- *Estadio IV (+ 10 años)*: Escoliosis (curvatura de la columna); debilidad muscular; rigidez; mejoría en el contacto ocular”.

El Síndrome de Rett, es una enfermedad “pan-étnica², es decir, afecta a gente de todo el mundo y de todas las razas. La enfermedad afecta alrededor de 1 de cada 12.000 mujeres. En contraste, el autismo (que probablemente es un conjunto de diferentes enfermedades) afecta en algunos lugares alrededor de 1% de cada 1.000 individuos.

Asimismo, la mayoría de las chicas identificadas con el Síndrome de Rett tienen por debajo de los 18 años de edad, y aunque se conoce poco sobre las expectativas de vida, se cree que una joven con Síndrome de Rett tiene alrededor del 95% de oportunidad de superar los 25 años de edad”.

Vamos a mencionar los criterios descritos en el DSM-IV para el diagnóstico de este trastorno:

A) Todas las características siguientes:

- 1) desarrollo prenatal y perinatal aparentemente normal.
- 2) Desarrollo psicomotor aparentemente normal durante los primeros 5 meses después del nacimiento.
- 3) Circunferencia craneal normal en el nacimiento.

B) Aparición de todas las características siguientes después del período de desarrollo normal:

- 1) desaceleración del crecimiento craneal entre los 5 y 48 meses de edad.
- 2) Pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas entre los 5 y 30 meses de edad, con el subsiguiente desarrollo de movimientos manuales estereotipados (p. ej. Escribir o lavarse las manos)
- 3) Pérdida de implicación social en el inicio del trastorno (aunque con frecuencia la interacción social se desarrolla posteriormente)
- 4) Mala coordinación de la marcha o de los movimientos posteriormente)
- 5) Desarrollo del lenguaje expresivo receptivo gravemente afectado, con retraso psicomotor grave.

SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD:

1. Retardo en el desarrollo y conductas estereotipadas.

Los períodos perinatales y prenatales son aparentemente normales. Existe una controversia en cuanto a que si la detención del desarrollo temprano es tan insidiosa que no es observada en la mayoría de los casos. No es hasta el año y medio de edad cuando la regresión es evidente. Las desviaciones sutiles son evidentes a un observador más entrenado, como desviaciones importantes tenemos especialmente la hipotonía y el gateado anormal (en salto de conejo, o gateado de combate), pero no son buenos indicadores diagnósticos, debido a que son variantes normales del desarrollo.

La mayoría de las niñas adquieren algunas habilidades manuales con propósito antes de los 18 meses de edad, incluyendo agarre en pinza y en algunos casos la habilidad para tomar una cucharilla o una taza. La pérdida de las habilidades manuales podría ocurrir tan temprano como a los 8 meses o a más tardar a los 4 años y medio, pero es más frecuente entre los 18 y 24 meses. La pérdida insidiosa de las habilidades manuales es patognomónica de esta enfermedad y puede ser un indicador temprano muy confiable, precediendo la aparición de los movimientos estereotipados

de manos. Simultáneamente, entre los 8 y 30 meses, se desarrollan las características pseudo-autistas, seguidas por el característico movimiento de aplauso, retorcimiento y lavado de manos.

2. RETARDO EN EL CRECIMIENTO.

La desaceleración del crecimiento de la cabeza es un criterio principal de Síndrome de Rett. En la mayoría de los casos la desaceleración del crecimiento de la cabeza comienza entre los 4 y 6 meses y llega al segundo percentil para los 2-5 años.

Aunque no constituya uno de los principales criterios diagnósticos del Síndrome de Rett, la detención del crecimiento lineal y el desgaste ponderal compli- can el curso clínico de este desorden. Si las anormalidades del crecimiento son un componente primario del proceso de la enfermedad que afecta al sistema nervioso central o si por el contrario es el resultado de factores nutricionales, permanece como un punto de controversia. La evidencia actual parece apoyar la relación entre factores nutricionales y falla en el crecimiento

Como otro aspecto del retardo o la detención en el crecimiento, los pies y manos pequeñas han sido reseñados en las niñas con Síndrome de Rett pero de manera anecdótica. Así, la proporción de crecimiento de los pies y manos en niñas con Síndrome de Rett es menor que la de una niña normal, más aún la proporción de desaceleración del crecimiento del pie es mayor que la de la mano, tomando en cuenta la estatura.

La aparición temprana de pies fríos se observa también en la mayoría de las pacientes, además de la detención del crecimiento en los pies y cambios tróficos de la piel y de las uñas, esto empeora con la edad y en los pacientes de más edad se observan deformidades en los pies y en sus dedos, con extensión distal hacia el nivel de la rodilla (IRSA, 1997).

3. DISTURBIOS DE LA MARCHA Y ANORMALIDADES ORTOPÉDICAS.

El retardo en la aparición de la marcha o el deterioro de los patrones normales de marcha son muy comunes. La mayoría de las niñas caminan con piernas espásticas y amplia base para la marcha. Los niños más jóvenes podrían tener dificultades en sentarse sin apoyo. Se han observado movimientos de sacudida o temblor en manos o tronco, sugerentes de anormalidades en las respuestas posturales. Esta incoordinación difiere de la que se observa en patologías cerebelares.

La causa subyacente de esta inestabilidad vasomotora es poco clara, sin embargo, se mejora con una simpatectomía durante una posible cirugía por escoliosis. Este hecho sugiere de un incremento en el tono simpático, sin embargo la simpatectomía no es el modo recomendado para el tratamiento de este síntoma.

Las deformidades esqueléticas, que podrían requerir de un manejo quirúrgico, son un problema sumamente importante en el Síndrome de Rett. La inestabilidad de cadera, endurecimiento del talón y escoliosis son características asociadas muy relevantes.

4. CONVULSIONES.

Las convulsiones son un problema en este tipo de pacientes, con una aparición media a los 4 años de edad. Pueden ocurrir varios tipos de convulsiones: gran mal, focal o generalizadas, mioclónicas o atónicas. Algunas convulsiones son intratables y refractarias a la terapia anticonvulsivante. Para el final de la segunda década de vida, la medicación antiepiléptica puede ser retirada en la mayoría de los pacientes.

Se presume que los desórdenes convulsivos y los EEG con puntas concomitantes, podrían representar un fenómeno disfuncional que es distinto a los procesos subyacentes a la enfermedad en sí y que está más bien relacionado con una hiperexcitabilidad cerebral local más que con cambios estructurales.

5. HIPERVENTILACIÓN.

Una característica frecuente, pero no constante de Síndrome de Rett, es la anomalía respiratoria descrita como la alternancia de hiperventilaciones con períodos de apnea que sólo ocurren en el período de vigilia. Dichas anomalías se desarrollan después de los 2 años y se hacen menos prominentes en los años posteriores.

La causa de dichos fenómenos es desconocida, pero existen dos hipótesis, una es que responden a un defecto en el control voluntario de la respiración, y la segunda que responden más bien a una anomalía conductual. La ocurrencia de hiperventilación en el estado de vigilia y una respiración normal durante el sueño, hace que este fenómeno sea diferente a otros desórdenes del sueño, como el síndrome de hipovenilación central. Las investigaciones actuales tratan de dilucidar las causas en esta área de los procesos respiratorios en el Síndrome de Rett.

6. ESCOLIOSIS.

Son alteraciones del alineamiento normal de la columna vertebral que se producen en el plano frontal. Keret et al. (1988) aportan los siguientes datos sobre la escoliosis en el Síndrome de Rett: 8 de las 10 pacientes observadas desarrollaron escoliosis a una edad media 11 años (rango de 7,7 a 13,2 años).

Se observó una evolución más rápida en pacientes no ambulantes. Todas las pacientes mostraron una evolución rápida (en meses) de la escoliosis.

7. ESTREÑIMIENTO.

La aparición temprana de estreñimiento es muy común entre los pacientes con Síndrome de Rett, incluyendo las pacientes que caminan.

El estreñimiento funcional, la retención voluntaria de las heces, aumenta la distensión del recto, lo que disminuye su sensibilidad, esto causa que la masa fecal necesaria para desencadenar las ganas de defecar cada vez sea mayor. Las complicaciones de este tipo de estreñimiento son impactación de las heces, dolor abdominal, fisura anal, sangrado rectal e infección del tracto urinario producida por la presión extrínseca producida sobre la uretra.

La respuesta a tratamientos simples con enemas, aceite mineral y dieta alta en fibras es excelente.

8. OSTEOPENIA Y OSTEOPOROSIS.

Según Haas et al. (1997), al analizar a 20 sujetos con Síndrome de Rett y compararla con números similares de niñas con parálisis cerebral y sin alteraciones, se encontró que la densidad de los minerales óseos, el contenido de los mismos, y la densidad mineral ósea en la columna vertebral estaban significativamente reducidas en el grupo con Síndrome de Rett. Cuando el peso y el tamaño eran mantenidos constantes, la densidad del hueso en estas niñas aún se observaba significativamente reducida. De esto se concluye que las niñas con Síndrome de Rett se encuentran en riesgo para osteoporosis y fracturas. La osteopenia parece estar determinada por otros factores diferentes a la dieta.

9. SISTEMA CARDÍACO.

Actualmente se comienzan a estudiar alteraciones a nivel del sistema cardiovascular de la niñas con Síndrome de Rett (IRSA, 1997).

Hasta ahora no existen fármacos que hayan conseguido con éxito mejorar los síntomas del Síndrome de Rett, excepto la medicación para el control de las convulsiones.

POSIBILIDADES TERAPÉUTICAS:

Tratamiento Fisioterapéutico.

El tratamiento Fisioterapéutico y de Rehabilitación constituye uno de los tratamientos principales para el Síndrome de Rett.

Objetivos:

Mantener y maximizar la función motora en las niñas con Síndrome de Rett. Prevenir deformidades. Disminuir el malestar y la irritabilidad. No cambia el curso de la enfermedad pero lo mejora.

Tratamiento Alimenticio:

Objetivo: evitar la desnutrición, aumento del peso, evitar los disturbios del crecimiento.

Técnicas: Es necesaria una evaluación de las dificultades de deglución y reflujo gastroesofágico. Haas et al. (1986) ha demostrado que una alimentación alta en calorías produce una ganancia en peso en uno de cada siete pacientes con Síndrome de Rett en un período de 2 años. Las dificultades en las funciones vegetativas podría estar en la causa de una pobre nutrición, un entrenamiento en estas funciones es vital. La Terapia del Lenguaje es la herramienta básica para este entrenamiento. En este mismo estudio, Haas demostró un dramático aumento de peso cuando estas niñas eran sometidas a una dieta ketogénica o alta en grasas. Además un programa de alimentación suplementaria (gastrostomía, sonda naso-gástrica, alimentación líquida con dietas altas en calorías/grasas) ha sido efectivo. Comidas con porciones pequeñas pero frecuentes con carbohidratos añadidos también ha probado ser beneficioso.

Tratamiento de Terapia Ocupacional:

Objetivo: promover y mejorar el uso de las manos.

Técnicas: Se ha demostrado que el decremento de los movimientos repetitivos de manos produce un incremento en el estado de alerta, atención y mejor focalización, así como mejorar la agitación y las conductas autoagresivas. El uso intermitente de férulas de mano o codo puede ser útil para reducir estos movimientos y podría motivar un uso voluntario de la mano dominante. El uso intermitente de inmovilización con pesas en una mano también puede ser un modo de aproximación útil.

Tratamiento Ortopédico:

Objetivo: frenar o reducir la escoliosis.

Técnicas: Para la escoliosis, tenemos según Keret et al. (1988) que el tratamiento con corsé no fue positivo, ya que no frenó la progresión de la curva. La Fusión espinal con instrumentación segmental fue el tratamiento más exitoso para detener la progresión de la curva. La operación de fusión espinal fue realizada a edades tempranas de evolución de la escoliosis. Como ya se mencionó anteriormente (McClure et al., 1998) existen también estrategias para frenar tanto la aparición de la escoliosis, mediante la corrección postural, como el empuje muscular unilateral típico en el Síndrome de Rett, con la fisioterapia.

Tratamiento Psicopedagógico:

Objetivo: mejoramiento de las capacidades cognitivas.

Técnicas:

Una exposición a libros apropiados para la edad, juguetes o música es muy importante, aunque parezca que la niña no le presta atención o realice respuestas apropiadas, aunque parezca que la niña no le presta atención o realice respuestas apropiadas. Podría tomarle varios minutos el procesar la información y responder, e incluso cuando lo haga puede ser de una manera poco convencional. Siempre es importante dejar el tiempo suficiente para la toma de información y suficiente espacio para que responda de forma muy personal.

Fluctuaciones en su habilidad motora, período de atención y conducta pueden ser observados durante cortos períodos de tiempo. Es necesario proveer ambientes y situaciones que sean fuertemente motivantes, lo que hará que le sea más fácil mostrar lo que sabe y conducir a un mayor éxito y satisfacción.

Las niñas con Síndrome de Rett pueden ser observadas tanto en salones especiales como completamente “integradas” a la escuela regular. El objetivo de la educación debe ser el proveer a la niña del programa más estimulante posible en el ambiente menos restrictivo, tomando en cuenta las necesidades especiales de la niña. La discapacidad física hace difícil el uso de técnicas psicopedagógicas convencionales.

La ataxia, apraxia y pérdida del uso de las manos impide el desarrollo de las habilidades de escritura. Es importante utilizar uno de los mecanismos de comunicación más preciosos con estas niñas, la mirada, su contacto visual sirve para mostrar sus necesidades, intereses y aún sus emociones. En la actualidad se usan punteros láser, computadoras dirigidas por el contacto visual a los elementos mostrados en las pantallas, tablero de comunicación facilitada con punteros visuales etc.

Tratamiento con Musicoterapia:

Objetivo: modo alternativo de contacto.

Se ha encontrado que las niñas con Síndrome de Rett muestran mayor receptividad a los elementos de la música por lo que se convierte en un elemento importante para llegar a estas niñas.

El uso de la musicoterapia como modo alternativo de comunicación, de contacto, resulta en una mejoría del aislamiento en estas niñas. El Dr. Rett (1966) hipotetizó que esta receptividad de las niñas Rett a la música se debe a la conservación de las zonas primitivas del cerebro que responden a la música.

Tratamiento con Hidroterapia y Caballos.

Objetivo: mejorar el balance, relajación y actividad que disfrutan.

Técnica: no existe una técnica propia de la terapia con caballos más que montarse con ellas y supervisar la actividad, tratando de dejar que las correcciones posturales las realicen ellas mismas con un mínimo de ayuda. En cuanto a la hidroterapia puede ser un complemento de la actividad fisioterapéutica o como mera diversión.”

A continuación presentamos los objetivos de intervención integral planteados para un caso de Síndrome de Rett, par el primer trimestre del curso 2005/06 y la evaluación y observaciones de los mismos. Se trata de una chica de 19 años que asiste desde hace 10 años a un centro de Educación Especial y que en la actualidad está en el Centro de Adultos.

	FECHA	Diciembre 2005
ALUMNO: C. D. C.	EDAD	19 años
GRUPO: II	CURSO	2005/06

1.-ÁREA DE IDENTIDAD Y AUTONOMÍA

BLOQUE: 1.1 Desarrollo motor
OBJETIVO:1.1.3.1.Realizar posturas de estiramiento y flexión
OBSERVACIONES: Le cuesta mucho realizar estas actividades, no le gustan y a menudo opone resistencia. En el último mes las tolera mejor y soporta durante períodos más largos el moldeamiento. De las actividades realizadas las que más le gustan son las de expresión plástica y baile, sobre todo si se la motiva cantándole o poniéndole música de fondo. Flexiona y extiende mejor los brazos en el plano horizontal que en el vertical. Donde mejor realiza estas actividades es en la piscina, sacándole las protecciones... El mejor medio donde se le trabaja continúa siendo la piscina. Le gustan los ejercicios de relajación y en ellos se deja moldear. Primero se le hacen masajes suaves por el cuerpo y cuando está relajada se realizan los ejercicios de flexión y extensión, muchas veces en la relajación se queda dormida. Cuando se encuentra mal no se deja moldear. El fisioterapeuta no ha podido trabajar con ella durante dos semanas.

DESCRIPCIÓN DEL SÍNDROME DE RETT: INTERVENCIÓN EN UN CASO

BLOQUE: 1.1.Desarrollo motor
OBJETIVO:1.1.5.9. Estimular cierre y apertura manual
OBSERVACIONES:
<p>Le gustan mucho las actividades que se realizan para trabajar este objetivo. Responde muy bien ante los juegos de interacción, permanece atenta y abre y cierra la mano con facilidad para que le realicemos el juego.</p> <p>Le encantan los juegos de ritmo que implican seguir canciones o completarlas, da con las palmas de las manos abiertas en mis rodillas o las suyas, o toca palmas siguiendo el ritmo con ayuda (se le sujeta una mano), también le gusta realizar estas actividades acompañándose de instrumentos permanece con las manos abiertas mientras da en el pandero, la pandereta o el organillo.</p> <p>También permanece con las manos abiertas cuando acaricia su cara o la de otros compañeros o adultos.</p> <p>Tolera cada vez mejor y aguanta más tiempo cuando le pintamos las uñas.</p>
<p>Las actividades que le cuestan más y suele poner resistencia son la realización de creaciones plásticas utilizando sus manos para pintar y la manipulación de masa de cocina. Le encantan los juegos de interacción y las actividades musicales en ellas colabora mucho y continúa durante periodos cortos de tiempo algún movimiento.</p> <p>Le gusta utilizar el rodillo de cocina.</p> <p>Se le ha notado una mejoría en la utilización de las manos durante la comida, no solamente mantiene agarrado el tenedor sino que intenta cogerlo. Los objetos los suelta muy rápido.</p> <p>En la piscina es donde mejor se le puede trabajar el gesto de agarrar sobre todo con la mano izquierda que a penas la utiliza.</p> <p>No se le ha observado deterioro en la utilización de las manos.</p> <p>Le gusta que le den masajes en las manos.</p>
BLOQUE: 1.4.CUIDADO PERSONAL
OBJETIVO:1.4.2.1.3.Elegir prendas adecuadas a cada época del año
<p>Se le da a elegir entre dos prendas de vestir, una que le queda bien y otra floja o muy apretada, cuando va diferenciando esto, se le enseña a elegir entre prendas que le gustan más o menos. Con la prenda elegida se la lleva al espejo para que se vea; si es la correcta se le alaba.</p> <p>Fuimos un día de compras y tenía que elegir ropa, le encantó la actividad. Le gustan los colores llamativos.</p>

2.-AREA SOCIAL:

BLOQUE: 2.1. Habilidades sociales
OBJETIVO: 2.1.6.2. Desarrollar atención conjunta a través de juegos de interacción
OBSERVACIONES:
<p>Se juega al escondite con ella y otro adulto de apoyo. Se le llama por el nombre .Le gusta esta actividad pero hay que evitar distracciones porque se despista.</p> <p>Se ha observado que cada vez responde más por su nombre. Alguna vez que se ha levantado para salir del aula la he llamado por su nombre y se ha parado, ha girado y me ha mirado.</p>

3.-ÁREA DE COMUNICACIÓN Y REPRESENTACIÓN

BLOQUE: 3.1.Comunicación y lenguaje
OBJETIVO:3.1.1.1.2.Pedir a través de la mirada
OBSERVACIONES:
<p>Ha adquirido los pictogramas de mermelada, música y nuez, también ha adquirido el pictograma de pan, pero no le motiva especialmente, porque cuando se le da a elegir con otra opción nunca lo selecciona.</p> <p>Ha adquirido el picto en relieve de uvas y se le ha pasado a pictograma, lo discrimina perfectamente. También se ha iniciado el pictograma de xilófono , creo que lo tiene bastante afianzado, pero como se inició este trimestre pienso que sería bueno continuar trabajándolo el próximo</p> <p>Se ha iniciado la elección entre 4 opciones que se sitúan en cruz en el panel, se le da una opción de comida, otra de bebida, ocio e interacción, necesita seguir afianzándolo porque aún no comprende bien el sentido de la elección, pero si sabe que se le da aquello hacia lo que mira .Le va a ayudar a seleccionar, ya no sólo un pictograma, sino una actividad que desea realizar.</p>
Tiene totalmente afianzada la elección entre un objeto deseado y uno no relevante y también entre dos objetos motivantes, por lo que creo que se debe ampliar el abanico de elecciones que le ofertamos.
<p>Se ha trabajado el pictograma de “XILÓFONO” pero se han realizado pocas sesiones.</p> <p>Al incluirle en la petición 4 opciones ha mejorado mucho, recorre el panel con la mirada y se fija en aquello que más le gusta.</p> <p>En el tercer trimestre realiza bien la elección entre 4 opciones (comida, bebida, ocio e interacción) y generaliza las peticiones con la mirada a situaciones cotidianas (tiempo libre, comidas, antes de irse a casa, etc.). Es positivo el haberle aumentado la elección a 4 opciones. Creo que no se da cuenta de que son cuatro categorías diferentes sino que mira aquello que más le gusta, recorre el panel con la mirada y se fija en aquello que más le gusta. Los pictogramas que más ha elegido son: Xilófono y coca-cola.</p>
BLOQUE:3.1. Comunicación y lenguaje
OBJETIVO:3.1.1.1.3 Realizar acercamientos a las personas para pedir lo que desean
OBSERVACIONES:
<p>Realiza acercamientos al objeto deseado , siempre procuramos ponernos detrás del objeto que desea , o estar trabajando con otro chico sin prestarle atención , de lo contrario se acerca al adulto</p> <p>Realiza perfectamente acercamientos a adultos y compañeros conocidos o no demandando atención y afecto, lo hace muy bien y en numerosas ocasiones toca al adulto a su manera.</p> <p>Se acerca al adulto cuando la llama por su nombre, pero aún no lo tiene adquirido, hay que continuar afianzándolo, le costó mucho, porque en cuanto lo llamas ella te mira pero no siempre se acerca.</p> <p>Se inició la búsqueda de un adulto utilizando como reclamo la voz del adulto, se hace desde fuera del aula , ya que aunque no esté el profesor en el aula si hay algún compañero se acerca a él y no al profesor. Lo hace muy bien te busca siguiendo la voz entra en el espacio y toca al adulto, lo he trabajado aquí pero este es otro objetivo.</p>
BLOQUE: 3.4.Expresión
OBJETIVO:3.4.3.2.Reconocer voces
OBSERVACIONES:
<p>Reconoce la voz de su padre y su madre, cuando las oye se pone muy contenta.</p> <p>-Asocia bien la voz de su madre cuando canta con su foto</p> <p>-Asocia también la voz del padre cuando canta o toca la flauta con la su foto</p> <p>-Le cuesta más asociar cuando le hablan, no sé si es que le cuesta más o que le gusta menos que le hablen y le motiva más que le canten.</p> <p>-Si se le da a elegir mediante el panel que voz quiere escuchar suele mirar al padre</p>
<p>Cuando tiene que elegir entre las dos fotos, suele mirar más a su padre. Le encantan estas actividades y oyéndolos queda como extasiada.</p> <p>Se seguirá trabajando este objetivo en Educación Musical, complicándose cada vez más. Una propuesta es que elija entre la foto de su padre y su madre y asociarle a la elección de un cuento personalizado (“Meu pai e estupendo” - con la foto del padre y “Miña nai é fantástica” – con la foto de la madre) contado con la voz correspondiente.</p>

5.- AREA TRANSVERSAL: CONDUCTA Y ACTITUDES

BLOQUE: Evitación
OBJETIVO: 5.1.1.2 Adquirir formas de comunicar que quiere evitar algo y reforzar las tareas
OBSERVACIONES: Utiliza de manera generalizada y frecuente los sistemas que tiene para comunicarse, la mirada y los acercamientos, busca constantemente la interacción con el adulto y con sus compañeros. Utiliza a menudo vocalizaciones dirigiéndose al adulto (“poqué” No ha presentado ninguna conducta desafiante. Normalmente está contenta, sólo cuando presenta algún dolor físico se le nota más cansada suele ser antes y después de una crisis, antes y después de la regla o cuando tiene dolor de espalda. Las estereotipias se acentúan cuando presenta malestar físico, y también en los tiempos libres que permanece sola. Sin embargo desaparece cuando se trabajan actividades de interacción, comunicación o expresión musical Tiene una contractura en la espalda y se nota que en ocasiones tiene dolor, no aguanta tanto sentada. Ha tenido varias crisis a lo largo del trimestre, antes de las mismas suele estar muy inquieta y después se queda un par de días muy cansada, lo mismo le sucede con las reglas.