

Instituto San José

Fundación
Instituto
San José



Hermanos de San Juan de Dios

125 años 1899-2024



Proyecto Centro Colegio concertado de Educación Especial

Madrid

INDICE GENERAL

1. SEÑAS DE IDENTIDAD

1.1 INTRODUCCIÓN

1. 1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y JUSTIFICACIÓN DE LA FUNDACIÓN

1. 1.3 LOS FUNDADORES

1.1.4 CONSTRUCCIÓN

1.1.5 NUEVA LEY DE FUNDACIONES

1.1.6 PRESENCIA DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

1.1.7 PRINCIPIOS DE LA ORDEN

1.2 SITUACIÓN ACTUAL

1.2.1 INSTITUCIÓN

1.2.1.1 ORGANIGRAMA CENTRO EDUCATIVO

1.2.1.2 LA EPILEPSIA: ASPECTOS MÉDICOS

1.2.1.3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS ALUMNOS/PACIENTES.

1.2.1.4. MODELO ASISTENCIAL

1.2.1.4.1.- MODELO ASISTENCIAL EN EPILEPSIA

1.2.2 COLEGIO

1.2.2.1. INTRODUCCIÓN

1.2.2.2. JUSTIFICACIÓN

1.2.2.3. OBJETIVOS CENTRO EDUCATIVO

1.2.2.4. PROFESIONALES

1.2.2.5. CARACTERÍSTICAS DE LOS ALUMNOS-PACIENTES

1.2.2.6. PROYECTO CURRICULAR

1.2.2.7. CRITERIOS EDUCATIVOS

1.2.2.8. PROGRAMAS EDUCATIVOS

2. PROPÓSITOS Y FINALIDADES

2.1. ÁMBITO

2.1.1. ÁMBITO PEDAGÓGICO

2.1.2. ÁMBITO SOCIAL Y CONVENCIONAL

2.1.3. ÁMBITO PROFESIONAL

2.1.4. ÁMBITO INSTITUCIONAL

2.1.5. ÁMBITO DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

2.2. METODOLOGÍA

2.2.1. ORIENTACIONES METODOLÓGICAS ESPECÍFICAS

2.4. ADAPTACIONES CURRICULARES

2.5. EVALUACIÓN

3. ORGANIZACIÓN Y SERVICIOS

3.1. REGLAMENTO REGIMEN INTERNO COLEGIO

3.2. SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

3.2.1. TRANSPORTE

3.2.1. COMEDOR

3.3. MATERIAL ESCOLAR

3.4. ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

3.5. HORARIOS

3.6. ESCENARIOS DE INTERVENCIÓN CURSO 2023/24 COVID-19

1.- SEÑAS DE IDENTIDAD

1.1 INTRODUCCIÓN

1.1.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La Fundación Instituto San José se creó en el año 1899 por voluntad de los excelentísimos señores marqueses de Vallejo, como fundadores, y por el muy reverendo padre fray Benito Menni, como comisario general de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, y en representación de la misma, el gobierno y administración de este establecimiento está a cargo de la mencionada orden.

Se encuentra situada en la finca *Las Piqueñas*, en los términos municipales de Madrid y Leganés. Con una extensión de 900.000 metros cuadrados, de los cuales 110.000 corresponden al recinto hospitalario, estando rodeado de pinar.

El marqués de Vallejo, con su hijo José, enfermo de epilepsia, recorre gran parte de Europa visitando todos los establecimientos sanitarios y consultando a los más renombrados médicos de la época.

Eran tiempos de esplendor de la medicina alemana y del triunfo de la escuela francesa de neuropatología: se fundaban en Europa toda clase de manicomios sanatorios psiquiátricos, reformatorios, etc., pero la epilepsia seguía siendo la gran desconocida y no había instalaciones para su tratamiento. El marqués, al fallecer su hijo, víctima de su enfermedad, decidió dar un giro total a su vida, dedicándose desde entonces, a la atención de los enfermos, de los pobres y de los desheredados de la fortuna dedicándoles sus importantes recursos.

Pensó en la creación de la primera institución para el tratamiento de la epilepsia. Para ello adquirió la finca *Las Piqueñas*, mezcla de campo, jardín y bosque, sita en los términos municipales de Carabanchel Alto y Leganés, en un lugar apacible y tranquilo.

Para llevar a cabo su idea, contó con la colaboración inestimable de Fray Benito Menni, comisario general y superior en España de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

1.1.3.- LOS FUNDADORES

Don Diego Fernández de Vallejo nació en Soto Cameros (La Rioja) el 14 de marzo de 1824 y falleció en Madrid el 31 de diciembre de 1901. Casado con doña Sofía Fláquer, tuvo en su matrimonio dos hijos, José Manuel y Mariana. Fallecida su primera esposa, contrajo matrimonio con doña Incolaza Gallo. Apoyado en los deseos de su segunda consorte, concibió la idea de crear un establecimiento o

fundación con plena dotación para destinarlo al cuidado de ciento cincuenta necesitados que, padeciendo la misma enfermedad que su hijo José Manuel, epilepsia, y pudieran ser asistidos, buscando no sólo el alivio de sus dolores y penurias económicas sino hasta hallar la curación de su enfermedad, cuando lo consintieran los recursos y progresos de la ciencia. Se declaró por la reina regente doña María Cristina, Institución de Beneficencia Particular (R.D. 21/7/1899). De la Fundación se haría cargo la Orden Hospitalaria de San Juan y se nombró patrono al marqués mientras viviera, pasando después al obispo de Madrid.

La puesta en marcha de esta obra social para epilépticos no hay duda fue la unión de voluntarios, por un lado del señor marqués, como mecenas e impulsor de este establecimiento, dada la experiencia de enfermedad de su propio hijo, y por otro, del padre Menni, restaurador de la Orden de San Juan de Dios en España. Tras la desamortización de Mendizábal, prácticamente había desaparecido en nuestro país.

El comisario, padre Benito Menni, actuaba en España como restaurador de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, cuya existencia había sido truncada por las leyes de la desamortización.

Había creado la provincia hispano-lusitana de la Orden y la gobernaba en toda su extensión.

Para el padre Benito Menni, el proyecto del marqués de Vallejo fue muy atrayente, puesto que la inserción de enfermos epilépticos era experimentada en los establecimientos de Ciempozuelos y San Baudilio. Lo aceptó con verdadero celo apostólico y se apresuró a conseguir los permisos de la Curia General y del obispado.

1.1.4.- LA CONSTRUCCIÓN

Está constituida por nueve pabellones simétricos dos a dos, los exteriores y singulares, los tres centrales, según el estilo de la época, mudéjar madrileño, sobre una extensión de 110.000 metros cuadrados. El estilo es ladrillo visto con cenefas de adorno en cerámica tipo Talavera, en blanco y azul añil, son símbolos como la flor de lis, la cruz y la granada.

Como primer director médico fue nombrado el excelentísimo señor don Julián Calleja, decano de la Facultad, y a título vitalicio, por nombramiento en las propias escrituras.

La institución, antes de empezar a admitir epilépticos, se inauguró admitiendo 200 soldados que venían de Cuba, hambrientos y sin recursos. Se les tenía en el centro 50 días como mínimo, atendidos en todas sus necesidades, y una vez recuperados iban a sus lugares de residencia.

Nunca la Fundación se concibió como un gran centro por la capacidad de acogida de pacientes. Más bien, los extensos espacios construidos estaban distribuidos en sentido de espacios para servicios generales y talleres de rehabilitación que para camas hospitalarias.

1.1.5.- NUEVA LEY DE FUNDACIONES

El planteamiento de los propios fundadores iban en la línea de asistir a unas 100 personas necesitadas y otras tantas en régimen que se llamaba entonces de pensionistas y que hoy llamaríamos de privados. No es hasta esta última etapa de remodelación de la Fundación, con la nueva ley de Fundaciones y la apertura a nuevos campos asistenciales, cuando se amplía la capacidad asistencial hasta 316 cama

s de hospitalización actuales, distribuidas en 7 unidades, que general unas 104.000 estancias al año. En coherencia con la ampliación y variedad de los acogidos en la Fundación, ha crecido la necesidad de personal asistencial y de apoyo. Hasta hace aproximadamente 30 años, eran los hermanos quienes cubrían la casi totalidad de las necesidades generadas por los atendidos en la institución; pero, los nuevos planteamientos de la Orden en la organizativo asistencial, junto con la política de conciertos con la Administración, generan un salto cualitativo y cuantitativo en las plantillas de los centros gestionados por la Orden, y entre ellos está la propia FUNDACIÓN INSTITUTO SAN JOSÉ.

1.1.6.- PRESENCIA DE LA ORDEN HOSPITALARIA DE SAN JUAN DE DIOS

Los hermanos han permanecido a lo largo de los 100 años de existencia de la Fundación en sus labores de gestión y asistenciales. Durante tan dilatado tiempo, atendieron a los soldados heridos y repatriados de la guerra de Cuba y sufrieron las consecuencias de la guerra civil española, que supuso el martirio de 12 religiosos de la comunidad en su servicio de atención a los enfermos, y que han sido beneficiados por el Papa Juan Pablo II el 25 de octubre de 1992. Sus restos reposan en la Cripta de la Fundación.

El Servicio Pastoral, en cada uno de los centros que la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios atiende, tiene una específica y peculiar acción prioritaria, en razón de la misión evangelizadora que le ha sido encomendada.

Tomando conciencia de esta realidad que *expresa nuestra identidad*, tratamos de vivir y manifestar el carisma de la hospitalidad al estilo de San Juan de Dios.

La Orden, y en concreto nuestra Provincia, tiene bien asumido que la acción pastoral no puede tener efectividad sin una programación de objetivos y actividades concretas; de aquí en cada ejercicio y evaluación.

Por todo lo anterior, podemos resumir que la humanización y asistencia integral a los enfermos y acogidos que deseamos conseguir de ningún modo se hará posible sin una buena coordinación y unidad entre todos, aspecto éste fundamental para una eficaz acción evangelizadora y pastoral.

1.1.7.- PRINCIPIOS DE LA ORDEN

ESTOS SON LOS PRINCIPIOS IDEOLÓGICOS DE NUESTRA ORDEN HOSPITALARIA



- 1 El enfermo o el acogido es lo más importante de nuestra institución.
- 2 Los Centros Hospitalarios de la Orden de San Juan de Dios se caracterizan por su sentido de competencia profesional, justicia social y solidaridad con todos los hombres, privilegiando a los más necesitados, y siempre sin ánimo de lucro.
- 3 Nuestro modelo asistencial compagina perfectamente la ciencia, los avances de la técnica y la humanización, respetando siempre la dignidad del hombre y buscando una asistencia integral.
- 4 Nuestros Centros asistenciales son y se definen como Centros confesionales católicos, donde se observan y defienden los principios evangélicos, las leyes sociales de la Iglesia y las normas referentes a los derechos humanos.
- 5 En nuestros Centros trabajamos por hacer una buena asistencia técnica, fundamentalmente humanizada, dando preponderancia a la "Carta de Derechos y Deberes del Enfermo".
- 6 Consideramos elemento esencial en la asistencia de dimensiones religiosa como oferta de salvación y curación, respetando otros credos y planteamientos de la vida.
- 7 En el ejercicio de la asistencia nos guiamos por los principios de la ética católica.
- 8 Las relaciones entre los miembros que componen la Institución están fundamentadas en el Derecho laboral; no obstante respetando el criterio de todos, queremos formar una alianza con cuantos se sienten inspirados por el espíritu de San Juan de Dios.
- 9 La Orden Hospitalaria está siempre abierta a la colaboración con organismos tanto de la Iglesia como de la sociedad en el campo de su misión, atendiendo de manera preferencial a los sectores sociales más abandonados.
- 10 La propiedad de nuestros Centros solamente tiene sentido en la medida que está en función de la misión de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.



1.1.7. - PRINCIPIOS DE LA ORDEN

ESTOS SON LOS PRINCIPIOS IDEOLÓGICOS DE NUESTRA ORDEN HOSPITALARIA



- 1 El enfermo o el acogido es lo más importante de nuestra institución.
- 2 Los Centros Hospitalarios de la Orden de San Juan de Dios se caracterizan por su sentido de competencia profesional, justicia social y solidaridad con todos los hombres, privilegiando a los más necesitados, y siempre sin ánimo de lucro.
- 3 Nuestro modelo asistencial compagina perfectamente la ciencia, los avances de la técnica y la humanización, respetando siempre la dignidad del hombre y buscando una asistencia integral.
- 4 Nuestros Centros asistenciales son y se definen como Centros confesionales católicos, donde se observan y defienden los principios evangélicos, las leyes sociales de la Iglesia y las normas referentes a los derechos humanos.
- 5 En nuestros Centros trabajamos por hacer una buena asistencia técnica, fundamentalmente humanizada, dando preponderancia a la "Carta de Derechos y Deberes del Enfermo".
- 6 Consideramos elemento esencial en la asistencia de dimensiones religiosa como oferta de salvación y curación, respetando otros credos y planteamientos de la vida.
- 7 En el ejercicio de la asistencia nos guiamos por los principios de la ética católica.
- 8 Las relaciones entre los miembros que componen la Institución están fundamentadas en el Derecho laboral; no obstante respetando el criterio de todos, queremos formar una alianza con cuantos se sienten inspirados por el espíritu de San Juan de Dios.
- 9 La Orden Hospitalaria está siempre abierta a la colaboración con organismos tanto de la Iglesia como de la sociedad en el campo de su misión, atendiendo de manera preferencial a los sectores sociales más abandonados.
- 10 La propiedad de nuestros Centros solamente tiene sentido en la medida que está en función de la misión de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

1.2. - SITUACIÓN ACTUAL

1.2.1. - LA INSTITUCIÓN

La Fundación está representada y gobernada por un patronato constituido por cinco miembros y cuyo presidente es el eminentísimo señor cardenal de Madrid, don Antonio María ROUCO VARELA, los otros cuatro miembros del patronato los constituyen dos personas nombradas por el Provincial de los Hermanos de San Juan de Dios de la Provincia de San Rafael, y las otras dos, por el señor arzobispo de Madrid.

Al tener la responsabilidad de la gestión y administración la Orden Hospitalaria, por expreso deseo de sus fundadores, participa de alguna manera en las decisiones y nombramientos de responsables, la Curia Provincial, y en la gestión del día a día se rige por el reglamento de Centros Asistenciales de la Provincia de San Rafael, con lo cual existe como órgano de máxima responsabilidad colegiado la Junta de Gobierno, que la constituyen los órganos personales siguientes: el director-gerente, el director médico, la directora administrativa, la directora de enfermería y el responsable de recursos humanos.

La actividad asistencial esta concertada en su mayor parte con organismos oficiales, aunque existen algunos acuerdos con mutuas y privados. Los conciertos con entidades públicas abarcan el área de neurología, cuidados paliativos y rehabilitación con INSALUD, Comunidad de Madrid (Consejería de Educación y Consejería de asuntos Sociales). El área de geriatría asistida, con la Comunidad de Madrid, y el programa de cuidados paliativos-SIDA, con el Ministerio del Interior (Sanidad Penitenciaria).

La HOSPITALIZACIÓN es la razón de ser de todo centro hospitalario; se realiza en las cinco áreas asistenciales que cubren la Fundación (Neurología, Geriatría, Cuidados Paliativos, Unidad de Daño Cerebral (E.V.P.), Rehabilitación.

El Centro Educativo se encuentra ubicado en el Área de Neurología. Este área de **Neurología/Epilepsia**, consta de 71 camas, atiende a pacientes alumnos epilépticos fármaco resistentes, con deficiencias físicas y psíquicas asociadas de difícil manejo en el ámbito familiar y a pacientes alumnos con encefalopatías estáticas de cualquier etiología, así como patologías degenerativas del sistema nervioso central, (receptores de una serie de acciones en función de la disminución de las posibilidades de integración educativa, laboral o social, surgida como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, congénita y en deterioro de las capacidades físicas, psíquicas o sensoriales)..

El alumnado tienen graves deterioros de las funciones cognitivas, problemas motóricos y frecuentemente trastornos de conducta.

La epilepsia es uno de los más importantes hándicaps adicionales en las personas con déficit mental, puesto que la coexistencia de ambas alteraciones tiende a potenciar la discapacidad de la persona, más que a ser puramente aditivas. A veces, cuando el síntoma está bien controlado, supone una desventaja social en la persona deficiente.

1.2.1.1.- ORGANIGRAMA CENTRO EDUCATIVO

TTULAR:
COORDINADOR MÉDICO:

Ricardo
Dr. Juan

Sanchis
Luna

CONSEJO ESCOLAR:
PRESIDENTE:

Pascal

Ramos

Padres

Profesores

PAS/ P.S.C

Titularidad

D^a. Tsvetelina Rumyancheva
D. José Elvis Robledillo
Dña. Sara Pérez (Presidenta AMPA)

Nuria Gayo
José Pascual Abellán

José Manuel Corrales
Susana Alvarez

Ricardo Sanchis
Natalia Paz

	Dirección	Jefe estudios	Resp. CompDigEdu	Prog. Ed. Ambiental	Prog. Autonomía	Prog. Afectivo Sexual	Prog. Participación Ciudadana	Prog. TIC	Prog. SSAA	Coord. Infantil	Coord. EBO	Coord. T.F	Coord. PPME
Pascal	*												
M ^a Teresa				*									
Fátima						*							
M ^a José					*								
Nuria		*											
Ana Isabel									*	*			
Laura													
Jose Manuel												*	
Luis								*					
Jose Pascual													
Jezabel											*		
Pedro													*
Lorena			*										

	Activ. Cultural	Prog. Poseidon /Bewater	Prog. Multisensorial	Prog. Derechos	Prog. M-capacit@ LetitBe	Prog. Inclusion arte	Prog. Apoyo	PPME Cocina	Voluntariado	Prog. Transformación Digital
Pascal		*			*					
Mª José								*		
Nuria			*							
Laura	*								*	
Ana Mª				*						
Jose Pascual						*				
Lorena							*			
Melania										*

PERSONAL COMPLEMENTARIO

- Mª José Martín (P. auxiliar)
- Jose Ignacio Marin (P. auxiliar)
- Rosario Díaz (P. auxiliar)
- Carolina Pérez (P. auxiliar)
- Mª Teresa Bermúdez (P. auxiliar)
- Adrian Templado (P. auxiliar)
- Davinia González (P. auxiliar)
- Adrian Garrido (P. auxiliar)

- Eva Blázquez (P. auxiliar Piscina)
- Guillermo Field (P. auxiliar Piscina)
- María Gonzalez (P. auxiliar Piscina)

- Encarnación Sánchez (Fisioterapeuta)
- María Martín (logopeda)
- Nieves Gavira (T. Social)
- Ana Navarro (Coordinadora Programa POSEIDON)
- Susana Álvarez (Terapeuta Ocupacional Programa POSEIDON)
- Rocío Blanco (Fisioterapeuta Programa POSEIDON)
- Lorena Martín (Pedagogía Terapéutica Programa POSEIDON)
- Sara Rodríguez (Logopeda Programa Poseidon)
- Pedro Arranz (Psicólogo)
- Danne Molina (Médico)
- José Manuel Corrales (DUE)

1.2.1.2. LA EPILEPSIA: ASPECTOS MÉDICOS

DEFINICIÓN

La palabra epilepsia deriva del griego "epilambaneim", que significa coger por sorpresa. Los antiguos griegos consideraban la epilepsia como una enfermedad sagrada, pero ya Hipócrates en el siglo V a.C. la describió como una enfermedad hereditaria de localización cerebral. Durante los siglos XV II y XVIII no varía la concepción en el origen de la enfermedad epiléptica que se sigue considerando como una posesión demoníaca y durante los siglos XIX y gran parte del XX todavía se considera como una enfermedad mental. Con la aparición de las especialidades médicas a mediados del siglo XIX comienza el conocimiento científico de la epilepsia. El concepto eptiopatogénico de la epilepsia se debe a Bravais (1827) y a Jackson quien en 1890 describe la crisis epiléptica como una "repentina, súbita y excesiva descarga neuronal". No es hasta 1929 en que Hans Berger recoge por primera vez la actividad eléctrica del cerebro.

Una crisis epiléptica es una manifestación clínica de comienzo brusco que se debe a la disfunción cerebral producida por una descarga sincrónica de un grupo de neuronas hiperexcitables en la corteza cerebral. Sólo cuando las crisis epilépticas recurrentes sin un factor exógeno desencadenante es cuando podemos hablar de epilepsia.

BASES NEUROFISIOLÓGICAS:

A continuación, expondremos las bases anatómico-funcionales del cerebro, órgano en el que se centra nuestra atención, por ser el núcleo de las funciones humanas superiores.

En él tienen lugar las descargas o transmisiones eléctricas atípicas que caracterizan la epilepsia y que pueden producir alteraciones o disfunciones más o menos serias y permanentes, dependiendo de la intensidad y frecuencia de ésta desenfrenada actividad neuronal y del área en el que se localiza el foco epileptógeno. Así, partiendo del esquema que aparece en la página 2, recogemos las áreas y regiones en que Brodmann y Buchanan dividieron la corteza cerebral en función del efecto que producía su excitación y su relajación.

Aún siendo un misterio de la cartografía cerebral, podemos hacernos una idea bastante aproximada de lo que puede ser la asociación entre áreas y funciones. Y más aún si, recogidas las alteraciones y disfunciones que la localización de los focos epileptógenos conlleva en los diferentes lóbulos cerebrales, las contrastamos con un funcionamiento no patológico.

Presentamos entre las páginas (10 y 13) la localización de éstas alteraciones y disfunciones en los lóbulos correspondientes, con el fin de facilitar su comprensión.

AREAS Y REGIONES DEL ISOCORTEIX – BRODMANN - BUCHANAN

1. 2. 3.	Somática Primaria. Sensibilidad táctil.
4.	Motora Primaria.
6.	Premotora.
8.	Motora suplementaria. Movilidad horizontal.
9. 10. 11. 14	Memoria, afectividad, conocimientos y elaboración del pensamiento.
17.	Visual Primaria. Percepción visual.
18. 19.	Visual Secundaria. Integración de colores y dibujos.
20.	Visual Secundaria. Interpretación de formas visuales.
21.	Interpretación asociativa visual.
22.	Sensitiva del lenguaje.
37.	Visual Secundaria.
39. 40	Area de Wernicke. Lenguaje imagines mentales. Conexión con otras áreas.
44. 45	Área de Broca. Área de lenguaje receptora del área de Wernicke.

ETIOPATOGENIA (ORIGEN):

Las crisis epilépticas se producen cuando un grupo de células neuronales en la corteza cerebral, anormalmente excitable, descarga sincrónicamente.

La mayoría de los estudios actuales abogan porque la causa intrínseca es un desequilibrio en los niveles de sustancia neurotransmisoras cerebrales. La actividad neuronal global está coordinada por el equilibrio entre los neurotransmisores excitadores (fundamentalmente el aspartato y el glutamato) y los inhibidores (ácido gamma-amino-butírico). Si la excitación es excesiva respecto a la inhibición, la actividad neuronal se descontrola y se producen las crisis (ver dibujo).

En cuanto a la causa de la alteración en los neurotransmisores o etiología de la epilepsia es necesario distinguir entre epilepsias idiopáticas, sintomáticas y criptogénicas.

- Epilepsias idiopáticas: no existe ninguna enfermedad o lesión cerebral estructural que justifique las crisis. Se les supone una causa genética importante.
- Epilepsias sintomáticas: en relación con una causa definida. Las causas pueden ser múltiples:
 - . Infecciosas (meningitis, meningoencefalitis)
 - . Tumorales
 - . Vasculares (encefalopatía hipoxico, isquémica, isquemias, hemorragias, malformaciones vasculares)
 - . Alteraciones en la formación del SNC (alteraciones en la migración neuronal, trastornos de la mielinización)
 - . Enfermedades neurológicas degenerativas (Alzheimer)
 - . Alteraciones cromosómicas (Sd. De Down, Sd. Del X-frágil) y genéticas (facomatosis)
 - . Traumatismos craneoencefálicos.
- Epilepsias criptogénicas: significa con origen oculto. Se sospecha de algún factor o enfermedad responsable de las crisis aunque no se puede poner de manifiesto. Muchos casos se reclasificarán como sintomáticos tras determinadas exploraciones.

FRECUENCIA:

La epilepsia es una enfermedad muy frecuente. Cada año se diagnostican más de 50 nuevos casos de epilepsia por cada 100.000 habitantes (incidencia), lo que significa que uno de cada 150 a 200 personas padecerá epilepsia en algún momento de su vida (prevalencia: 4-10 casos/1000 habitantes).

Es además preciso saber que la mayoría de epilépticos han padecido su primer ataque antes de los 14 años y que si sumáramos aquellos que tienen convulsiones desencadenadas por la fiebre la cifra sería todavía mayor. Es más, más de la mitad de los epilépticos lo son ya antes de cumplir los 7 años.

EDAD DE APARICIÓN:

Aparecen en todas las edades de la vida, siendo fundamental destacar, como ya ha quedado reseñado, que la mayor frecuencia de epilepsia es en la infancia, especialmente en la primera década de la vida. Evidentemente, la edad de aparición dependerá de la causa; en la infancia destacan la encefalopatía hipoxico-isquémica y otras alteraciones congénitas del desarrollo, así como alteraciones genéticas como las facomatosis; en los adultos la enfermedad cerebro-vascular (especialmente en ancianos), traumatismos cráneo-encefálicos, tumores e infecciones del SNC.

La epilepsia idiopática (sin causa conocida) se clasifican en relación, al menos en parte, a su aparición a edades determinadas.

CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS Y DE LA EPILEPSIA:

Existen numerosos tipos de crisis epilépticas; los síntomas varían, pudiendo ser motores, sensitivos, sensoriales, autonómicos o en muchas ocasiones una mezcla de ellos, dependiendo del área cerebral donde se origina la descarga neuronal excesiva y de si ésta se limita al área donde nace o se propaga a otras áreas cerebrales vecinas o a la totalidad de los hemisferios cerebrales.

Atendiendo al origen cerebral de las crisis epilépticas se establece la siguiente clasificación:

- . *Crisis parciales o focales:* en ellas, un grupo de neuronas localizado en una zona concreta del cerebro, es el responsable de la crisis. El paciente manifiesta entonces síntomas que afectan a una zona localizada del cuerpo.
 - Si la conciencia no se altera hablamos de crisis parciales simples
 - Si, por el contrario el paciente no responde a los estímulos externos, es decir hay un trastorno transitorio de la conciencia, se denomina crisis parcial compleja. Estas pueden comenzar como simples o desde el inicio manifestar la alteración del nivel de conciencia, con amnesia para el episodio.

Crisis generalizadas: la descarga eléctrica inicial afecta a todo el cerebro. El paciente siempre pierde la conciencia y puede manifestar síntomas convulsivos o no hacerlo.

La liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) estableció en 1981 la Clasificación Internacional de las Crisis Epilépticas:

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS CRISIS EPILÉPTICAS (ILAE, 1981)

1.- Crisis parciales

1.1.- Crisis parciales simples

- a.- Con manifestaciones motoras
- b.- Con manifestaciones somatosensitivas o sensoriales
- c.- Con manifestaciones vegetativas
- d.- Con manifestaciones psíquicas

1.2.- Crisis parciales complejas

- a.- De inicio parcial simple o seguido de alteración de la conciencia y/o automatismos
- b.- Con alteración de la conciencia inicial con o sin automatismos

1.3.- Crisis parciales secundariamente generalizadas

- a.- Crisis parciales simples secundariamente generalizadas
- b.- Crisis parciales complejas secundariamente generalizadas
- c.- Crisis parciales simples con evolución a compleja y después con generalización secundaria

2.- Crisis generalizadas

2.1.- Ausencias

- a.- Ausencias típicas
- b.- Ausencias atípicas

2.2.- Crisis mioclónicas

2.3.- Crisis clónicas

2.4.- Crisis tónicas

2.5.- Crisis tónico-clónicas

2.6.- Crisis atónicas

3.- Crisis no clasificables

Por el tipo de crisis en:

1.- Crisis parciales o focales:

1.1.- Crisis parciales simples: sin alteración de la conciencia:

- a.- Con sintomatología motora:

- . Crisis somatomotoras sin marcha jacksoniana. (Contracciones que afectan un segmento cualquiera de un hemicuerpo). Las contracciones afectan al lado contrario de la descarga epileptógena; por tanto, son unilaterales.
- . Crisis somatomotoras con marcha jacksoniana. Se extiende de una zona muscular a otra siguiendo un patrón determinado.
- . Crisis versivas. Son frecuentes. Producen una desviación conjugada de los ojos, la cabeza y el tronco, hacia el lado opuesto al de la descarga hemisférica (crisis epilépticas contraversivas) o muy raramente hacia el mismo lado (crisis epilépticas ipsoversiva).
- . Crisis posturales, por efecto de la hipertonia de los músculos posturales, el cuerpo adopta una actitud forzada.
- . Crisis fonatorias. Hay tres tipos:
 - Suspensión epiléptica del lenguaje: El sujeto es incapaz de emitir palabra, aunque su "lenguaje interno" (pensamiento) esté intacto.
 - Crisis epiléptica vocal: articulación continua de una vocal.
 - Crisis palilálica: Repetición involuntaria de una palabra o frase.

b.- Con síntomas somatosensitivas o sensoriales:

- . Somatosensitivas con o sin marcha jacksoniana. Se caracterizan por manifestaciones somatestésicas sin el correspondiente estímulo externo (entumecimiento, hormigueo, picazón, excepcionalmente dolor), afectando a un segmento cualquiera de un hemicuerpo, con o sin extensión a zonas corporales adyacentes, siguiendo un patrón determinado respectivamente.
- . Visuales. Se caracterizan por fenómenos visuales transitorio sin el estímulo externo, centelleos de luz o fosfenos.
- . Auditivas. Se caracterizan por alguna anomalía en el sentido del oído (ensordecimiento del ruido o simples sensaciones auditivas).
- . Olfativas. Percepción súbita de un olor que casi siempre es desagradable.
- . Gustativas. Manifestaciones gustativas sin intervención de los

correspondientes estímulos, y relacionadas con los cuatro sabores elementales, siendo el más habitual, el amargo.

- . Crisis Vertiginosas. Sensación de desplazamiento relativo de todo el cuerpo respecto a lo que le rodea, o viceversa.

c.- Con síntomas y signos vegetativos:

- . Percepción de una sensación abdominal que sube hacia el tórax. Otras manifestaciones, menos frecuentes, son: eructos, vómitos, dolor abdominal, salivación, enrojecimiento, palidez, gorgorismos...

d.- Con síntomas psíquicos:

- . Disfásica. Se caracteriza por una afasia transitoria de tipo motor o sensorial, total (son raras) o parcial (más frecuentes). Una de las formas más habituales de crisis de afasia parcial es una pérdida de evocación de las palabras (crisis de afasia amnésica). Si el trastorno radica en la forma de construir una frase es una crisis de agramatismo. Existen otras variedades, según predomine el trastorno de comprensión o el del lenguaje escrito; no es excepcional la afasia global (con trastornos expresivos o de comprensión).

- . Dismnésica. Crisis cognoscitiva. (reconocer situaciones actuales como si ya las hubiera vivido, sensación de que las cosas tienen algo de extraño, impresión de vivir un sueño, ideas obsesivas...)

- . Con síntomas afectivos: Modificación del estado emocional. Sensación de miedo, ansiedad, terror, sensación de vacío, de inutilidad. También, aunque excepcionalmente, son las caracterizadas por un sentimiento de euforia, furor, risa,...

. Ilusorias:

- Perceptivas: se percibe realmente un objeto, pero en forma distinta. (auditivas, gustativas, olfativas, somatosensoriales, vertiginosas o visuales). Estas últimas pueden ser: Poliópticas (ver dos o más objetos), dismetrópsicas (modificación en el tamaño de los objetos, "macropsias y micropsias"; impresión de que están más lejos ó más cerca, que aparentemente aumentan o disminuyen de tamaño, (macroteleopsia").

- Aperceptivas o agnósticas: el objeto se percibe normalmente, pero se identifica o se reconoce mal, dando lugar a ilusiones de

rememorización (ilusiones epilépticas de lo ya visto, ya oído, ya vivido, nunca oído, nunca vivido).

- Plagiópsicas: los objetos parecen inclinados.
- Dismorfópticas: deformación de los objetos, que aparecen aplanados (displatiopsia) o cambian súbitamente de forma metamorfopsia).
- Alucinaciones estructuradas. Más complejas y mejor definidas que las crisis parciales simples visuales.

1.2.- Crisis parciales complejas:

Durante ellas, son muy frecuentes los:

- . Automatismos, actividad motora involuntaria durante un estado de obnubilación que acompaña a una crisis epiléptica.
- . Alimentarios (movimientos de la boca).
- . Mímico (expresiones faciales y actitudes corporales que acompañan el estado emocional del sujeto durante la crisis).
- . Gestuales:
 - Simples (frotarse las manos, tocarse los genitales, movimientos de presión, de abrazo,...)
 - Complejos (mover algún mueble, registrar bolsillos y vaciar su contenido, abrocharse botones...)
- . Deambulatorios (deambulación coordinada).
- . Verbales (susurra palabras incomprensibles, repite frases,...)

1.3.- Crisis parciales secundariamente generalizadas:

Son las que, originadas por una descarga neuronal localizada en un área concreta del cerebro, tienden a propagarse a todo el cerebro, provocando finalmente una convulsión tónico-clónica.

2.- Crisis generalizadas:

2.1.- Ausencias:

- . Típicas: pérdida brusca de conciencia que interrumpe al enfermo el acto que esté realizando. Duran unos segundos.
 - . Atípicas: también cursan con pérdida de conciencia, pero las alteraciones del tono postural (atonía de la cabeza, sobre todo) son frecuentes y manifiestas. Su comienzo y terminación son menos bruscas. No se provocan por hiperventilación, pero sí se activan por somnolencia.
- 2.2.- *Mioclónicas*: Bruscas sacudidas de las extremidades producidas por una contracción muscular discontinua de breve duración, de ordinario en elevación y extensión de los miembros, especialmente los superiores.
- 2.3.- *Clónicas*: Repetición más o menos rítmica de sacudidas en las extremidades en forma bilateral, producidas por una contracción muscular de mayor duración, interrumpida por intervalos de relajación muscular.
- 2.4.- *Tónicas*: Contracción muscular de carácter brusco y mantenido sin relajación, que mantiene al músculo en una tensión continua, rígida.
- 2.5.- *Tónico-clónicas*: Pérdida inicial de conciencia con caída al suelo, seguida de una fase tónica generalizada de 10 a 20 segundos, y a continuación aparece la fase clónica: contracciones clónicas bilaterales y simétricas, que duran 30 segundos.
- 2.6.- *Atónicas (astáticas)*: pérdida súbita del tono postural.

3.- Crisis epilépticas no clasificables:

Son aquéllas en las que no puede efectuarse con seguridad el diagnóstico de un tipo u otro de los dos grandes grupos descritos.

El análisis de la duración de la crisis epiléptica es también de suma importancia. Si ésta tiene una duración superior a los 30 minutos o las crisis se repiten de forma que la persona no llega a recuperar la conciencia o a recuperarse por completo entre ellas se habla de Status epiléptico o Estado de mal epiléptico, con implicaciones terapéuticas y pronósticas propias, puesto que el riesgo de secuelas irreversibles o fallecimiento súbito se incrementan considerablemente. Constituye así una urgencia médica.

Cuando el estado de mal epiléptico es convulsivo, con síntomas motores, es fácilmente reconocible.

El estado de mal no convulsivo, en el que la sintomatología motora es escasa o inexistente puede plantear dudas diagnósticas importantes. Se caracteriza por una actividad cerebral casi continua y una expresividad clínica variable que comprende distintos grados de afectación de la conciencia. Los pacientes generalmente se presentan con síntomas neurológicos fluctuantes como trastorno de la marcha, dificultades para el lenguaje, alteración del comportamiento o regresión del desarrollo. A veces puede acompañarse de un incremento de la frecuencia de sus crisis habituales o de un cuadro de somnolencia progresiva. Puede durar horas, días o incluso semanas.

La ILAE, en 1989, realizó también la Clasificación Internacional de la Epilepsia y Síndrome epilépticos. Cada síndrome lo define un conjunto de signos y síntomas comunes para todos los pacientes que lo padecen y tiene implicaciones diagnósticas, terapéuticas, pronósticas y en algunos casos un mismo patrón hereditario; de todo ello viene dado su extrema importancia.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS EPILEPSIAS Y LOS SÍNDROMES EPILEPTICOS (ILAE, 1989)

1.- Epilepsias y Síndromes localizados (focal, local, parcial)

1.1.- Idiopáticas (inicio en relación con la edad)

- Epilepsia benigna infantil con puntas centrotemporales (o paroxismos rolándicos)
- Epilepsia infantil con paroxismos occipitales
- Epilepsia primaria de la lectura

1.2.- Sintomáticas

- Epilepsia parcial continua crónica progresiva (Síndrome de Kojewnikow)
- Crisis caracterizadas por modos de precipitación específicos
- Otras epilepsias y síndromes basados en la localización o la etiología

1.3.- Criptogénicas

2.- Epilepsias y Síndromes generalizados

2.1.- Idiopáticas (con inicio en relación con la edad)

- Convulsiones neonatales benignas familiares
- Convulsiones neonatales benignas
- Epilepsia mioclónica benigna infantil
- Epilepsia ausencia del niño
- Epilepsia ausencia juvenil
- Epilepsia mioclónica juvenil
- Epilepsia con crisis generalizadas tónico-clónicas del despertar

- Otras epilepsias generalizadas idiopáticas no citadas antes
- Epilepsia con crisis caracterizadas por modos específicos de presentación (p.e. epilepsia fotosensible)

2.2.- *Criptogénicos y/o sintomáticos*

- Síndrome de West
- Síndrome de Lennox-Gastaut
- Epilepsia con crisis mioclónico-astáticas
- Epilepsia con ausencias mioclónicas

2.3.- *Sintomáticos*

2.3.1.- De etiología inespecífica

- . Encefalopatía microlónica precoz
- . Encefalopatía infantil precoz con brotes de supresión (Sd. De Otahara)
- . Otras epilepsias generalizadas sintomáticas no definidas antes

2.3.2.- Síndromes específicos (pueden incluirse numerosas etiologías metabólicas o degenerativas)

3.- **Epilepsias y Síndromes epilépticos indeterminados con respecto a su carácter focal o generalizado**

3.1.- *Con crisis generalizadas y focales*

- . Crisis neonatales
- . Epilepsia mioclónica severa de la infancia
- . Epilepsia con punta-onda continua durante el sueño lento
- . Afasia epiléptica adquirida (Síndrome de Landau-Kleffner)
- . Otras epilepsias indeterminadas no definidas antes

3.2.- *Con hallazgos inequívocos generalizados o focales.*

4.- **Síndromes especiales**

4.1.- *Crisis relacionadas con una situación*

- . Convulsiones febriles
- . Crisis que aparecen únicamente en el contexto de episodios metabólicos o tóxicos agudos o asociados con una situación epileptógena transitoria.

4.2.- *Crisis o status epilépticos aislados*

DESCRIPCIÓN DE UNA CRISIS:

Dadas las diversas manifestaciones que pueden tener las crisis epilépticas, para su correcto diagnóstico y clasificación es fundamental la información del propio paciente así como la que se recoge el testigo ocular; por tanto la recogida de datos deber ser lo más extensa y precisa posible.

Algunas consideraciones que pueden ayudar a una descripción correcta son las siguientes:

- *Nombre del paciente*
- *Fecha y hora*
- *Actividad que estaba desarrollando: despierto o durante el sueño.* Si es despierto qué hacía y dónde estaba o si ha habido algún factor precipitante especial (estímulo inesperado, factor emocional desencadenante, fiebre, esfuerzo físico con hiperventilación, estimulación luminosa intermitente, autoestimulaciones, olvido de medicación o toma de otro tipo de medicaciones.
- *Conciencia.* Se debe reseñar si hay pérdida, disminución del nivel o preservación de la conciencia y si dicha alteración es o no desde el inicio de la crisis. Este dato puede ser difícil de precisar y puede ser más conveniente referir lo que pasa (por ejemplo: cesa en la actividad que estaba realizando sin moverse ni hablar, cae al suelo bruscamente o con caída lenta, hacia dónde cae, avisa que le va a dar una crisis, sigue hablando normalmente mientras tiene la crisis, responde o no a estímulos verbales, obedeciendo órdenes, o a estímulos dolorosos.
- *Presencia o no de sintomatología motora.* Si se observa algún movimiento anormal se debe describir, por ejemplo:
 - . *Desviación anormal de los ojos o de la boca*
 - . *Movimientos repetitivos de los brazos o de las piernas (especificando localización y si existe algún tipo de progresión, es decir comienza por un miembro y posteriormente se va extendiendo)*
 - . *Movimientos incontrolados*
 - . *Automatismos (de chupeteo o masticación, tocarse los vestidos, manipulación de los genitales, caminar sin ningún sentido...)*
- *Lenguaje:* permanece callado, dice frases incoherentes, repite una determinada palabra o frase, habla correctamente durante la crisis.
- *Signos vegetativos:* palidez, enrojecimiento facial, sudoración, midriasis, alteraciones respiratorias (cianosis, ronquido) o cualquier otro fenómeno que ocurra durante la crisis y que el observador considere anormal o importante y no haya sido descrito previamente.
- *Duración del episodio y situación del paciente posterior a ella:* recuperación completa a su estado previo, queda dormido, desorientación, confusión o agitación /y durante cuanto tiempo), aparece una nueva crisis (igual a

la previa o diferente), dolor de cabeza, no puede mover algún miembro o no puede hablar.

- *Reseñar si ha sido necesaria alguna medicación para finalizar la crisis*

Se puede concluir que se debe recoger cuanto información sea posible, pues TODO puede ser importante. No se trata de clasificar la crisis, sino de describirla con la mayor objetividad y precisión posible.

El diagnóstico diferencial de las crisis epilépticas debe hacerse fundamentalmente con los síncope y con las pseudocrisis o crisis de origen psicógeno (conversión o simuladas), y en algunos casos, fundamentalmente en la infancia, con algunos trastornos paroxísticos que aparecen durante el sueño como algunas parasomnias.

Hasta un 10-20% de los casos referidos a cuidados de Epilepsia como crisis refractarias (que no referidos al tratamiento) no padecen epilepsia.

¿CÓMO ACTUAR ANTE UNA CRISIS?

- 1.- Conservar la calma.
- 2.- No intentar detener la crisis, finalizará por sí misma. Una crisis tónico-clónica generalizada (o convulsiva) no suele durar nunca más de cuatro minutos.
- 3.- Si la crisis provoca caída y pérdida de conciencia, poner a la persona en el suelo de lado con la cabeza ladeada, para evitar la broncoaspiración (que se atragante o aspire secreciones).
- 4.- Evitar los traumatismos, especialmente los cráneo-encefálicos (colocarle en una superficie blanda y sin aristas). Protección craneal permanente en los casos en que por el tipo de crisis puede haber traumatismos cráneo-encefálicos repetidos.
- 5.- En cuanto a colocar algo en la boca, las opiniones son variadas: nada, tubo de Guedel o pañuelo. Nunca meter los dedos (peligro de mordedura) ni algo duro (posibilidad de lesión dentaria).
- 6.- Confortar a la persona afectada una vez que finalice la crisis. En muchos tipos de crisis hay confusión o somnolencia post-crítica (dejarles dormir).
- 7.- Tener ropa de recambio si se sabe que hay incontinencia en las crisis.

Para evitar que una convulsión se prolongue en forma de status se puede administrar Diacepan rectal (Stesolid), de 10 mg, en mayores de 2 años y adultos, dosis que se puede repetir otra vez si no cede la convulsión.

¿CUÁNDO HAY QUE BUSCAR ATENCIÓN MÉDICA URGENTE?

- . Si se trata de la primera crisis
- . Crisis distinta de las habituales
- . Status epiléptico. Consiste en la repetición de crisis durante un período de tiempo superior a 30 minutos sin que la persona recupere la conciencia entre ellas.

Hay que destacar también la importancia para el control de la epilepsia de la evitación de factores precipitantes:

- . Privación de sueño y alteración del ritmo vigilia-sueño
- . Cansancio
- . Estrés emocional
- . Hipoglucemia del ayuno prolongado
- . Fiebre elevada
- . Olvidos de la medicación
- . Epilepsias reflejas, en que las crisis se producen en respuesta a estímulos determinados como son:
 - Epilepsias fotosensibles (ver la televisión en habitación suficientemente y uniformemente iluminada, evitar niebla o centelleo en la pantalla, taparse un ojo si es necesario acercarse a ésta, no mirar de frente cuando se enciende o apague y verla al menos a 3 metros de distancia.

Hay pacientes que se autoinducen las crisis, por ejemplo situándose frente al sol y parpadeando a una frecuencia determinada o pasando la mano rítmicamente delante de los ojos (más frecuente en determinados tipos de epilepsia con fotosensibilidad como la Epilepsia mioclónica severa de la infancia).

TRATAMIENTO:

Entre un 65% y 80% de los pacientes que presencian crisis epilépticas se controlan por medio de fármacos antiepilépticos. Se trata de administrar medicación de forma continuada. Estos fármacos se conocen colectivamente como anticonvulsionantes y su efecto consiste en normalizar la actividad eléctrica del cerebro.

Entre el 20% y el 35% restante no hay un control satisfactorio debido a causas como:

- . Un diagnóstico equivocado.
- . Selección inadecuada de fármacos.
- . Mal cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.
- . Factores precipitantes.
- . Epilepsia generalizada farmacorresistente.

El tratamiento farmacológico de la epilepsia es solamente uno de los aspectos de su asistencia, que incluye establecer el diagnóstico del tipo y causa de las crisis, así como consejos sobre hábitos de vida, educación, empleo, etc. El tratamiento etiológico (suprimir o corregir la causa) es esencial, siempre que sea factible. Sin embargo, el control con éxito de las crisis mediante fármacos constituye un objetivo de la mayor importancia. El logro máximo es la supresión total de las crisis y eventualmente, la suspensión de la medicación.

Para otros pacientes, como sería la población que atendemos en nuestro Centro, el objetivo puede ser más limitado: reducir la frecuencia de ataques mejorando, con ello, la calidad de vida, y eliminar en el mayor grado posible los efectos adversos farmacológicos del tratamiento.

La posibilidad de remisión completa se ve influida por factores como:

- . Edad de aparición.
- . Duración de la epilepsia antes del control.
- . Tipos de ataques. Síndrome epiléptico.
- . Etiología.
- . Asociación a otras alteraciones neurológicas o alteraciones psiquiátricas.
- . Datos del electroencefalograma (EEG).
- . Respuesta a los fármacos.

En el cuadro de las páginas siguientes se reflejan los efectos secundarios que produce la medicación antiepiléptica sobre el comportamiento y proceso de enseñanza aprendizaje.

CARACTERÍSTICAS DE LA EPILEPSIA EN LA POBLACIÓN CON RETRASO MENTAL Y NECESIDADES DE APOYO GENERALIZADO

Las personas con retraso mental son un componente mayoritario de la población de pacientes con epilepsia que reciben cuidado por parte del especialista.

Lo primero que hay que decir es que la epilepsia en sí mismo no se asocia inevitablemente con deterioro mental. Aunque se ven alteraciones sutiles de la función cognitiva en pacientes en tratamiento a largo plazo, un deterioro marcado y sostenido, si ha habido un desarrollo previo normal, únicamente se observa en una minoría. La mayor parte de las personas con crisis bien controladas tienen una

inteligencia dentro del rango normal. La prevalencia de una enfermedad concreta en la población de personas con trastornos del aprendizaje depende del lugar y la edad de la muestra. Un estudio en una institución para personas deficientes dio una prevalencia del 32%, mientras que un estudio basado en una encuesta sobre necesidades socio-sanitarias en la comunidad de personas con trastornos de aprendizaje informó de una prevalencia del 22,1% lo que coloca a la epilepsia en el segundo lugar, tras las alteraciones psicológicas, en la comorbilidad de dicha población.

Las personas con trastornos del aprendizaje se definen por el cociente de inteligencia ($CI < 70$), la disminución en las capacidades de adaptación y la edad de comienzo en el periodo de desarrollo, antes de la edad de 18 años (DSM IV). Estas amplias características permiten una variación considerable entre los individuos e incluso nos permiten cercarnos con temas generales que son aplicables al conjunto de la población. Las claves diferenciales pueden verse en la epidemiología de la epilepsia, el tipo de crisis, el predominio de ciertos síndromes epilépticos y el resultado del tratamiento. Cuando se consideran individualmente, la variación interindividual puede ser muy importante, influenciadas por la etiología de la condición, el grado del trastorno del aprendizaje, la presencia de deterioros adicionales, la medicación y los factores medioambientales.

TIPO DE CRISIS, FRECUENCIA Y CONTROL:

Aunque los datos epidemiológicos basados en el tipo de crisis en la población adulta con trastornos del aprendizaje está enturbiada un poco por problemas con las definiciones y los casos parece existir un aumento relativo en las crisis inclasificables y en las atónicas así como en las tónicas, mioclónicas y en las ausencias atípicas. Además pueden aparecer muchos tipos de crisis en el mismo paciente. Del mismo modo, parece existir un aumento en determinados síndromes epilépticos, en particular el síndrome de Lennox-Gastaut.

La epilepsia puede tomar formas inusuales y ocasionar problemas diagnósticos. Pueden además aparecer muchos fenómenos no epilépticos similares como son las estereotipias que dificultan mucho el diagnóstico. Además en personas mentalmente discapacitadas se producen con frecuencia anomalías EEG intercríticas inespecíficas, incluso en ausencia de epilepsia.

Los registros EEG con vídeo, son en este caso muy útiles. En sujetos con problemas de desarrollo, el status epiléptico no convulsivo se diagnostica erróneamente con cierta frecuencia, ya que puede manifestarse únicamente como cambios en la afectividad o deterioro cognoscitivos sutiles. Además los pacientes pueden sufrir síntomas que se parecen al status no convulsivo, como incontinencia frecuente, deterioro cognoscitivo debido a toxicidad farmacológica, alteraciones conductuales, movimientos automáticos y crisis no epilépticas. Las conductas

ocasionales, como la agresión, la automutilación y las diferentes formas de masturbación o gratificación, pueden ocasionar también problemas en el diagnóstico diferencial de las crisis epilépticas.

El control de las crisis es difícil de lograr en este grupo de pacientes. En diversos estudios se ha visto que los pacientes con trastornos de aprendizaje conseguían un control de las crisis de forma significativamente menor que sus controles sin trastornos de aprendizaje.

FACTORES ETIOLÓGICOS:

Las etiologías del retraso mental y la epilepsia se muestran en el siguiente cuadro:

- *Causas congénitas:*
 - . Infecciosas (TORCH)
 - . Intrauterinas (toxemia, insuficiencia placentaria)
 - . Cromosómicas/genéticas (Sd de Down, Sd del cromosoma X frágil, Sd de Rett, Sd de Aicardi y de Angelman, lesiones displásicas corticales)
 - . Facomatosis (Sd de Sturge-Weber, Esclerosis tuberosa)
 - . Asfixia y traumatismo perinatal

- *Causas adquiridas:*
 - . Etiologías vasculares, anóxicas, traumáticas, neoplásicas e infecciosas.

- *Causas metabólicas:*
 - . Epilepsias mioclónicas progresivas
 - . Encefalopatías mitocondriales
 - . Trastornos del metabolismo de los aminoácidos
- *Síndromes relacionados específicamente con la epilepsia:*
 - . síndrome DE Lennox-Gastaut
 - . Epilepsia con hemiconvulsión-hemiparesia
 - . Encefalitis de Rasmussen
 - . Epilepsias mioclónicas progresivas
 - . Encefalopatía mioclónica temprana
 - . Epilepsia mioclónica severa de la infancia
 - . ESES
 - . Síndrome de Landau-Kleffner
 - . Síndrome de West

La causa subyacente del trastorno de aprendizaje puede tener un impacto en el tipo de crisis y su pronóstico.

GRADO DE DISCAPACIDAD

La íntima asociación entre la severidad de la discapacidad y la severidad del desorden epiléptico es algo evidente, apoyado por numerosos estudios publicados. El estudio de Corbett mostró una relación inversa entre la prevalencia de la epilepsia y el cociente intelectual (prevalencia del 30% en niños con CI <50 y del 50% con CI <20). El estudio realizado por Steffenberg y col, mostró una prevalencia de epilepsia activa en niños entre 6 y 13 años del 0,7 por mil para la discapacidad leve y del 1,3 para la severa.

OTROS DETERIOROS Y MEDICACIÓN

La posibilidad de tener epilepsia si el individuo tiene un deterioro adicional es grande. Hauser mostró un riesgo aumentado de epilepsia de 11 a 48% cuando un niño con trastorno de aprendizaje tenía también parálisis cerebral, una asociación confirmada por otros. Steffenberg y colegas mostraron una prevalencia de parálisis cerebral del 14 y 59% respectivamente, en los grupos leves y severos de pacientes con discapacidad y epilepsia. Existía además un riesgo enormemente aumentado de deterioro visual adicional, del 3% en el grupo leve y del 37% en la población severa.

Las co-morbilidades mayores como los trastornos psiquiátricos y/o alteraciones severas del comportamiento deben reconocerse, con una prevalencia estimada en esta comunidad del 32,2%. La interacción entre el comportamiento y la epilepsia es compleja, y conlleva dos elementos de confusión principal; primero, la posibilidad de confundir comportamientos no asociados con la epilepsia como epilepsia-relacionados y, segundo, el efecto de la prescripción de medicación antipsicótica, debido a su potencial epileptogénico conocido. Existen muchos estudios sobre la prevalencia del empleo de medicación antipsicótica en la población de pacientes con discapacidad. Varía entre un rango de 40,2% en hospitales a 19,3% en la comunidad y 10,1% en el domicilio familiar.

Finalmente, el problema de la politerapia con medicación antiepiléptica también puede influir en el pronóstico.

Los efectos secundarios más frecuentes en lo que se refiere a funciones cognitivas y a conducta, de la medicación antiepiléptica, muchas veces difíciles de distinguir de los signos de la alteración neurológica subyacente son: enlentecimiento, desatención, confusión, falta de descanso, desinhibición, hipercinesia, agresividad, irritabilidad, encefalopatía subaguda (por uso prolongado de Fenitoina).

La afectación depende del tipo de fármacos, de su dosis y de si se emplea en mono o politerapia, pudiéndose establecer la siguiente escala de mayor a menor riesgo de afectación de las funciones cognitivas: CLN > CLB > PHT > PRY > PB > ETX > VPA > CMZ. Los nuevos fármacos antiepilépticos (LMT, VGB, GBP, FBM, TPM y

TGB) no parecen tener efectos secundarios sobre las funciones cognitivas e incluso se han señalado efectos beneficiosos, pero sin haber estudios definitivos al respecto.

Mientras en la población general la monoterapia es la norma de oro para el tratamiento de la epilepsia, la complejidad de ésta en personas con discapacidad ha llevado a un alto predominio de politerapia en esta población con estimaciones de 33% de pacientes con dos anticomiciales y 4% con tres. No existen datos reales de efectividad clínica para clarificar el verdadero efecto de la politerapia en el pronóstico de esta población, por lo que, en cada momento debe hacerse una reevaluación cuidadosa para llevar el tratamiento al mínimo posible e incluso intentar su suspensión.

INFLUENCIAS MEDIOAMBIENTALES

Las variaciones en los contextos medioambientales se sabe influyen enormemente en muchos aspectos de las vidas de las personas discapacitadas como es en la expresión de alteraciones de conducta, grado de integración social y otras actividades. En la gente con trastornos de aprendizaje hay una restricción en la independencia, la escolarización. En cuanto a la escolarización, elemento fundamental para la formación, educación e integración social de cualquier niño, hay que recalcar que el niño epiléptico debe seguir la misma escolarización que el niño sin epilepsia de la misma edad y/o aptitudes. Cos respecto a la escolarización, la orientación del niño epiléptico esta determinada por la ausencia o coincidencia de otros trastornos neuropsicológicos, pero la epilepsia por si misma, no condiciona el tipo de escolarización y el desarrollo de un oficio inevitable, en virtud de su propia condición individual; sin embargo, hay evidencia de que hay handicaps adicionales cuando la epilepsia es un problema co-mórbico. La literatura general sobre epilepsia atestigua el impacto de un diagnóstico de epilepsia sobre las oportunidades de empleo y de ocio.

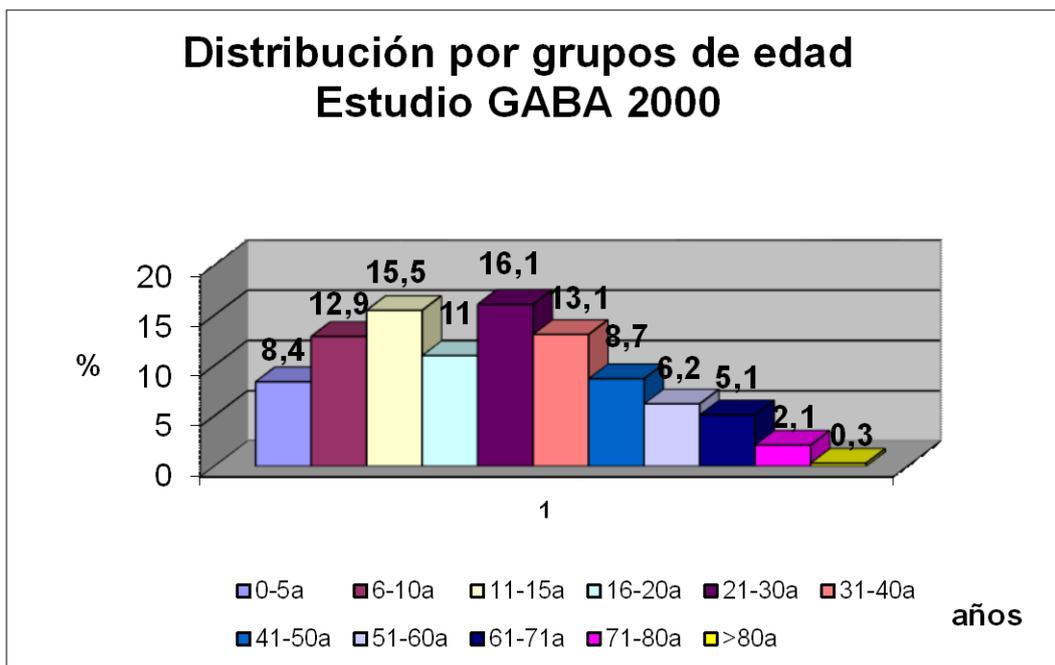
Otra clave en cuanto a los factores medioambientales sería la salud de los cuidadores y la calidad de la interacción cuidador-paciente. *El funcionamiento del cuidador*, por tanto, es un aspecto fundamental a tener en cuenta. La capacidad del cuidador para soportar su papel es crucial para la sensación de bienestar del paciente y aún así, puede ser difícil para os cuidadores conseguir un adecuado equilibrio entre responsabilidad e independencia. Los cuidadores experimentan tensión, agotamiento y cuando son familiares en particular, son propensos a experimentar niveles significativos de ansiedad y depresión.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS EN ESPAÑA:

España dispone de pocos datos estadísticos acerca de la epidemiología de esta enfermedad. El estudio GABA 2000, estudio observacional, prospectivo y transversal analizó los datos de 4452 pacientes recogidos en las consultas de

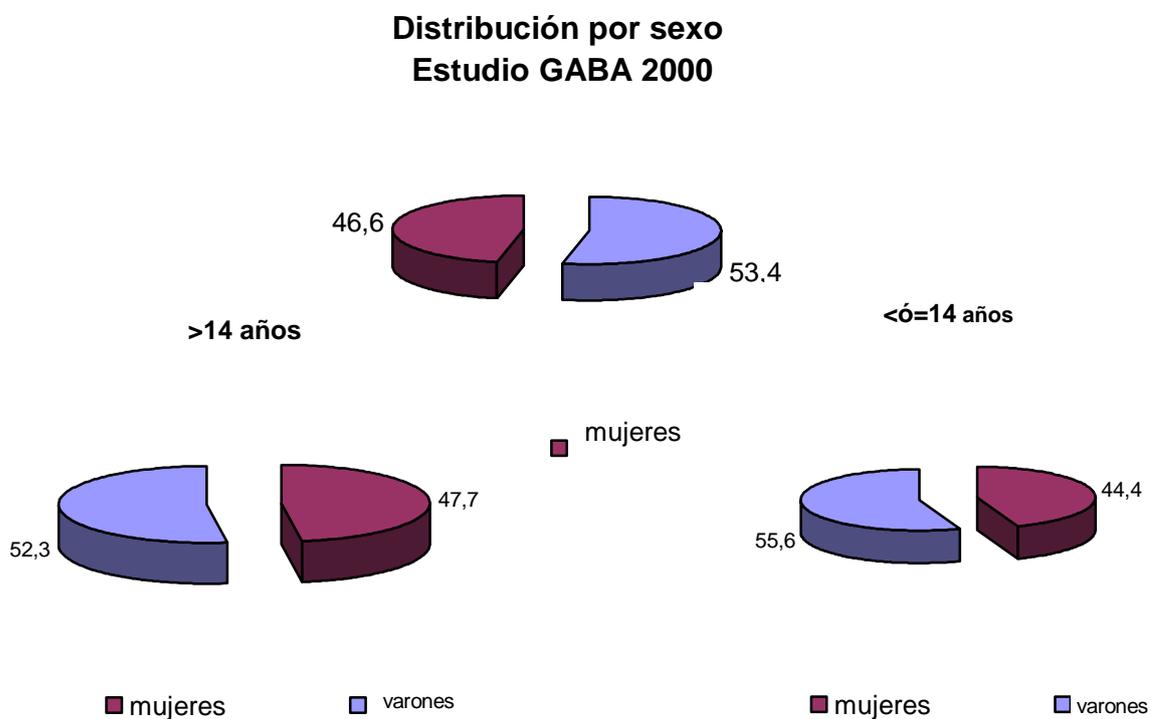
los expertos españoles en epilepsia entre Enero y Diciembre de 1993 por toda la geografía española. De este estudio se pueden sacar las siguientes conclusiones:

. Distribución por grupos de edad



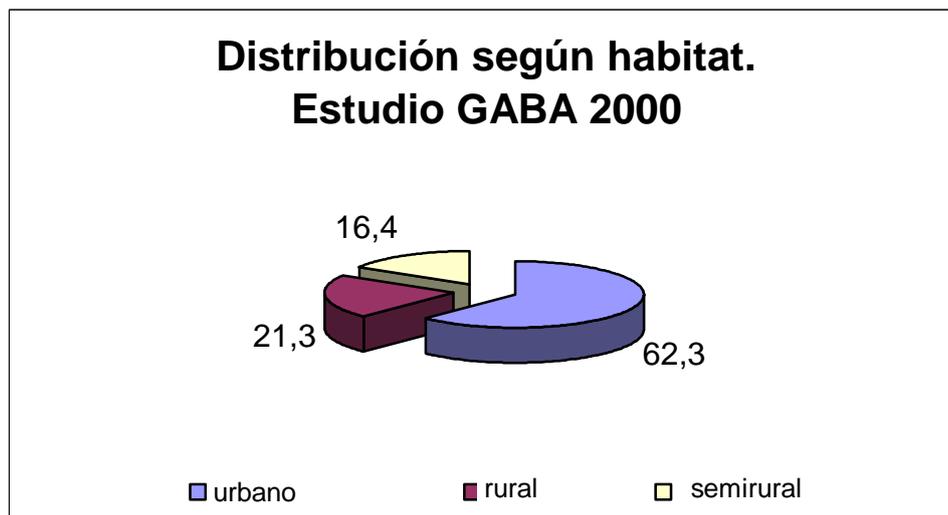
21% tienen menos de 10 años, 48% menos de 20 años y 75% menos de 40 años.

. Distribución por sexo:



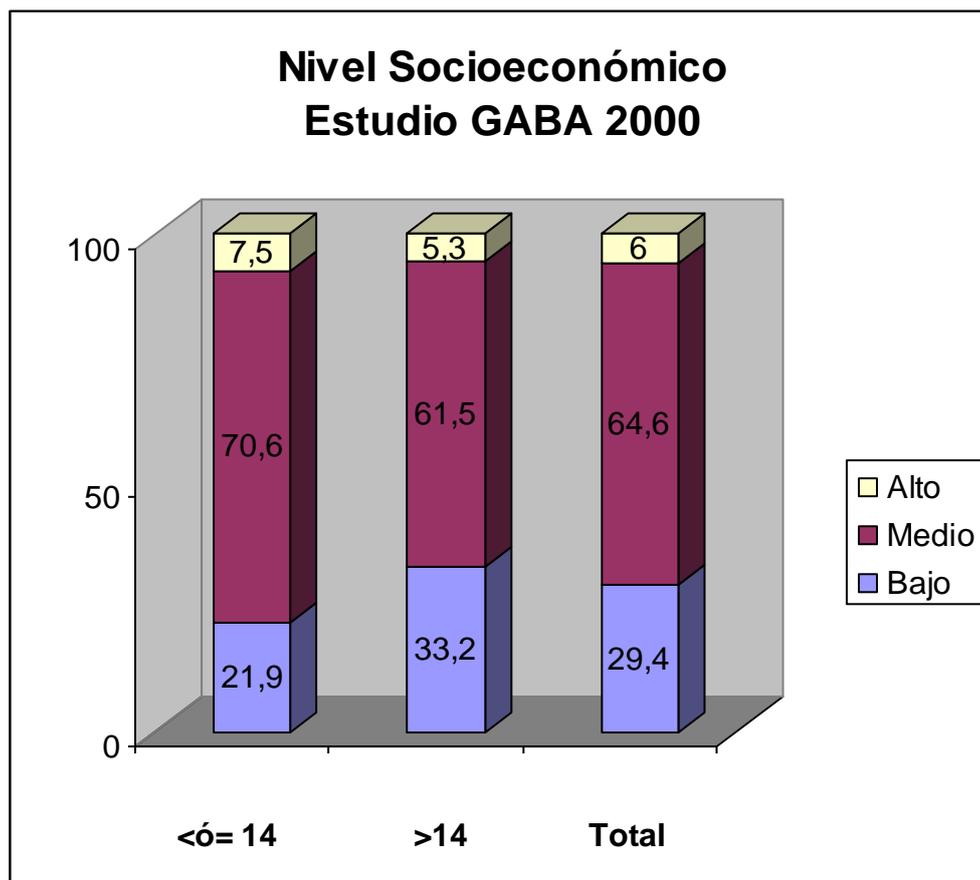
Se observa un ligero predominio en varones, con 53,4% frente a 46,6% en mujeres, proporción inversa a la de la población general. Este predominio se mantiene cuando se diferencia entre pacientes menores o iguales a los 14 años o mayores de 14 años y también si se diferencia entre epilepsias parciales o generalizadas.

Distribución según hábitat:



La distribución de los pacientes según procedencia refleja el reparto habitual en la población española, con aproximadamente 2/3 en las áreas urbanas y 1/3 en las rurales y semirurales.

. Distribución según nivel socio-económico:



En cuanto al nivel socioeconómico, se observa un mayor porcentaje entre los niveles medios y bajos (un 84% de forma global) que entre los niveles altos (un 6%), con diferencias estadísticamente significativas con una $p >$ de 0,005.

Esta distribución es algo menos favorable que en personas con enfermedades crónicas de otro tipo en España.

. *Frecuencia global:*

El estudio Gaba 2000, determina una población entre 350.000 y 400.000 epilépticos en España.

Partiendo de los datos europeos que son los que nos parecen más fiables, en nuestra Comunidad se puede calcular:

- Madrid	5.000.000 habitantes? 40.000 epilépticos 1 - 200 hab.
- Otras Comunidades Autónomas (Área de las 2 Castillas)	1.000.000 habitantes? 8.000 epilépticos
- Total Área de influencia	6.000.000 habitantes? 48.000 epilépticos.

El 30% de estos enfermos se caracterizan por una mala respuesta a la terapéutica antiepiléptica convencional. Por lo tanto, en nuestro ámbito contamos con 14.400 epilépticos con cuadros clínicos caracterizados por un gran número de crisis epilépticas que incapacitan y deterioran física y psíquicamente al enfermo y dificultan de forma importante su vida profesional.

Las necesidades que presentan estos pacientes determinan las acciones a seguir, éstas deben ir encaminadas a conseguir el mayor control de su enfermedad a través de un correcto enclave del síndrome (estudios de monitorización y técnicas diagnósticas complejas para determinar sus posibilidades enfermos y familiares..., todo ello dirigido a una mejor aceptación de la enfermedad, tanto por ellos/as mismos/as como por parte de sus familiares.

terapéuticas) campañas de información pública para desdramatizar la enfermedad; programas de formación a personas directamente relacionadas con estos enfermos; centros de rehabilitación física y del lenguaje; unidades de asesoramiento y apoyo a

Algunas de éstas acciones se podrían realizar a nivel ambulatorio: consultas con el especialista, pruebas diagnósticas, información, apoyo

psicológico y social, rehabilitación del lenguaje y/o física, educación..., sin embargo, según diversos autores se puede cuantificar que actualmente, al menos el 15% de estos pacientes, requieren una hospitalización anual de un período de tiempo mínimo de un mes.

1.2.1.3. CARACTERÍSTICAS SOCIALES DE LOS ALUMNOS/PACIENTES

El área educativa atiende a alumnos con discapacidad intelectual y/o del desarrollo asociadas de difícil manejo en el ámbito familiar, así como a alumnos con encefalopatías de diversa etiología, y otros con patologías degenerativas del sistema nervioso central, asimismo, presenta nuestro alumnado el 82% epilepsia siendo además fármaco resistentes.

Todos ellos reciben una serie de acciones bien protocolizadas en función de su discapacidad (capacidades, niveles de apoyo y habilidades adaptativas) y de la disminución de sus posibilidades educativas, de integración laboral y/o social. La mayoría de los alumnos/usuarios presentan graves deterioros multifuncionales (funciones cognitivas, motoras y conductuales).

La asistencia que se presta es realizada de un modo integral e interdisciplinar incluyendo:

- **El aspecto clínico:** con el diagnóstico del síndrome epiléptico, facilitado por la combinación de una buena descripción y cuantificación de las crisis por personal con gran experiencia en su observación, y el empleo de las técnicas neurofisiológicas más novedosas. Y el manejo farmacológico por parte de neurólogos expertos.
- **El aspecto funcional** con la aplicación sistemática de instrumentos específicos de evaluación de capacidades y de calidad de vida.
- **El aspecto educativo / terapéutico** con la intervención de un completo equipo de educadores, terapeutas y profesores de educación especial, que llevan a cabo programas individuales para la mejora del proceso de enseñanza-aprendizaje, en los diferentes ámbitos educativos y sociales del paciente.

En relación a las características de las familias que atendemos en el centro, en función al criterio edad, el tramo de población más numeroso es el de 20 a 45 años, despuntando las cohortes de 25 a 40 años (que acumulan un 28,4% del total de la población), por lo que podemos constatar cómo los picos poblacionales coinciden con el tramo más dinámico de la población activa. En relación al criterio sexo, comprobamos una ligera preeminencia de la población masculina hasta los 45 años aunque esta tendencia se invierte, siendo muy significativa la diferencia a favor de la mujer (un 11,8% frente al 7% de los varones). La población extranjera se concentra en el tramo de los 20 a los 40 años.

Ésta se caracteriza por ser población activa joven. Ligeramente mayoría de la población extranjera femenina sobre la masculina (un 10,2% frente a un 9,7%), al ser familias monoparentales.

El cuanto, al empleo en función al criterio nivel de formación, se concentra en aquellos con titulación de graduado escolar o bachillerato elemental seguido de aquellos con titulación correspondiente a bachillerato superior. Por el contrario, los familias con estudios superiores son en el centro las que menos prevalencia presentan.

La mayoría de las familias pertenecen de manera dominante al sector servicios, lo que es una muestra del proceso de terciarización de la economía en consonancia con la tendencia de la economía municipal y nacional.

1.2.1.4. MODELO ASISTENCIAL

1.2.1.4.1.- MODELO ASISTENCIAL EN EPILEPSIA

De este modo, en la Fundación, se pretende dar una asistencia integral al paciente que incluye desde el diagnóstico correcto del síndrome epiléptico, facilitado por la posibilidad de una buena descripción y cuantificación de las crisis por personal con gran experiencia en su observación, así como por el empleo de las técnicas neurofisiológicas más novedosas (registro poligráfico del sueño con utilización simultánea del vídeo).

La búsqueda del tratamiento más adecuado con un equilibrio entre su eficacia y la aparición de efectos secundarios adversos, pasando por su integración en el colegio de educación especial, taller ocupacional y centro de día, dependiendo de la edad, habilidades adaptativas, rehabilitación física, logopedia y valoración psicológica para su derivación cuando sea posible por el buen o aceptable control de crisis y trastornos de conducta a otros talleres o centros educativos de modo que el paciente pueda desarrollar una vida tan normal como le sea posible, integrado en un ambiente familiar y social.

Para conseguir el máximo de calidad de vida y bienestar personal, social, vocacional y espiritual, trabaja un **Equipo Interdisciplinar**, éste atiende todas las vertientes del ser humano, cuya regla principal es alcanzar el mayor nivel de calidad de vida para el paciente y su familia. Desde el punto de vista clínico, la calidad de vida del paciente se obtiene a través de un intenso control para evitar la existencia de sintomatología molesta, además de los efectos secundarios de la medicación activa, mediante el proyecto de realce de calidad de vida y autonomía.

- En el **Servicio de Rehabilitación Física** la diversidad de los tratamientos que se dan en este departamento está en función del tipo de paciente que accede a él. Se dispone de completas instalaciones para ejercicios físicos apoyados en mecanoterapia y electroterapia.

- En el **Departamento de Psicología**, en el ámbito interno, la asistencia a los pacientes hospitalizados consiste en el diagnóstico, exploraciones psicométricas y psicológicas y orientación tanto a familiares como a los diferentes profesionales que atienden directamente al enfermo para alcanzar un estado psíquico lo más apropiado y normal posible.
- En cuanto al **tratamiento logopédico** en pacientes hospitalizados, se elaboran estudios y diagnósticos, además de la planificación y puesta en funcionamiento del tratamiento específico e individualizado para cada paciente; con ello se trata de desarrollar las capacidades de lenguaje y comunicación, efectuando evaluaciones periódicas del tratamiento y de la evolución del paciente.
- El **departamento de Trabajo Social** ofrece un servicio de atención a pacientes y familiares, informando de las situaciones legales y administrativas, velando por los derechos e intereses de los mismos. Orientando en posibles recursos sociales, económicos y de otras índoles derivada de las situaciones particulares de los pacientes.
- El **Departamento Médico/Neurólogo**, atienden a pacientes con patología neurológica, aunque fundamentalmente trata a enfermos epilépticos hospitalizados y ambulatorios, dado el carácter monográfico de la Fundación.
- En cuanto al **Departamento de Enfermería**, atiende a los pacientes en la Unidades hospitalarias y Servicios Centrales, ofreciendo mecanismos necesarios para poner en marcha la utilización del máximo potencial de la persona, para proporcionar lo más eficazmente posible los cuidados dirigidos a conseguir la mayor autonomía y satisfacción en calidad de vida y bienestar del paciente.
- En el **Departamento de Pastoral**, ofrece una asistencia personalizada e integral, teniendo en cuenta esto pretende "Hacer presente la Buena Noticia del amor misericordioso de Jesús a los enfermos, familiares y colaboradores, en una Pastoral integrada en el conjunto asistencial como acción terapéutica.
- Los **Servicios Centrales**, de apoyo y complementos a la labor asistencial tanto de hospitalización como de consultas externas, lo integran los servicios de Laboratorio de Análisis Clínicos y Farmacotecnia, Farmacia Hospitalaria, Neurofisiología (Video EEG, estudios electromiográficos y polisomnogramas para la apnea del sueño), Terapia Ocupacional, Centro de Día y **Colegio de Educación Especial**.

1.2.2.-COLEGIO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

1.2.2.1.-INTRODUCCIÓN

El Colegio Instituto San José de educación especial, forma parte del Hospital del mismo nombre. Es un servicio complementario que ofrece a personas que además de su grave enfermedad, la epilepsia, tienen otras patologías asociadas la situación personal del alumno-paciente determinará el periodo de ingreso en el hospital (larga, media o corta estancia) o la posibilidad de asistir al centro en Régimen de externado.

Este es el único Centro de la Comunidad de Madrid en la atención a alumnos/pacientes epilépticos severos y/o graves, de todo el territorio nacional.

Las cuatro primeras unidades escolares se fundaron por Orden Ministerial el 15 de Marzo de 1961 (B.O.E. de 28 de Marzo de 1961). Esto no significa que hasta entonces, no hubiera en la Fundación actividad educativa, puesto que ésta corría a cargo de la labor especial de las religiosas Benedictinas y todos aquellos que trabajaban con los pacientes más jóvenes. Pero hasta la fecha señalada, no se enmarca legalmente la función docente en la especialidad de Educación Especial en la Institución.

A lo largo de estos años, aquellas cuatro unidades que inicialmente se crearon, fueron ampliadas para cubrir las necesidades educativas de los pacientes en edad escolar; así en Enero de 1967 el Centro consta de 19 aulas.

Desde entonces, este número ha aumentado o disminuido en función de los pacientes ingresados en el Hospital, en la actualidad el colegio es un Centro Concertado con La Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid y consta de **1 Unidad de Educación Infantil, 6 Unidades de Educación Básica Obligatoria Especial, 2 Unidades de Talleres Formativos y 1 Unidad de Programas Profesionales Modalidad Especial (Operaciones Básicas de Cocina).**

1.2.2.2- JUSTIFICACIÓN

La experiencia profesional docente enmarcada dentro de un hospital está dirigida a alumnos pacientes que deben, en la mayoría de los casos, ingresar por motivos de salud, en nuestro caso es un alumnado gravemente afectado, que además de su enfermedad, La Epilepsia, tiene otras patologías asociadas.

El profesorado se encuentra en su quehacer educativo una realidad diferente a lo habitual de cualquier centro escolar de educación especial, por lo tanto planteamos actuaciones diferentes para atender a la diversidad de alumnado con el que nos encontramos.

Encontrar métodos, recursos, y estrategias pedagógicas diferentes, es un reto que nos mueve a investigar y hacer un análisis de la realidad que condiciona el funcionamiento de las aulas.

La estancia en centros hospitalarios o la imposibilidad de asistir regularmente al centro escolar como en sus hogares durante largos periodos de tiempo, suscita una serie de cuestiones vinculados tanto al aprendizaje como al proceso psico-evolutivo de los alumnos. Por ello, la enfermedad y su hospitalización supone que:

- 1.- La enfermedad física, el disgusto, el malestar y, con frecuencia miedo y dolor, ya unida a la separación de su medio y en el caso de nuestros alumnos pacientes, también de sus padres, con todo lo que ello conlleva.
- 2.- Una situación crítica o de crisis en la vida de éste y de su familia. Definiendo crisis como un suceso crucial que puede originar crecimiento o retroceso, recuperación o deterioro a la persona que lo vive.
- 3.- El niño tiene además, que someterse a cambios significativos en actividades y rutinas diarias, en actividades escolares, etc...
- 4.- La reacción del niño a su enfermedad es un reflejo de su edad, de su grado de madurez emocional, de su personalidad y del tipo de limitaciones que la enfermedad le provoque. Las familias no sólo responderán a la enfermedad, al tratamiento de la misma y a la forma como reaccione el niño, sino también según sus propios sentimientos y problemas personales. En la mayoría de los casos la enfermedad del hijo también puede ocasionar cambios en la familia. Estos serán factores adicionales de riesgo para el desarrollo emocional en la infancia. Las reacciones del niño enfermo y de sus padres, tanto positivas como negativas, son interdependientes.
- 5.- Efectos sobre el comportamiento del niño que se manifiestan durante y después de la enfermedad y de la hospitalización pudiendo persistir mucho tiempo. Estos efectos son debidos a la cantidad de estrés experimentado así como a la presencia de otros factores: duración de la enfermedad o del ingreso, sistema de apoyo a las familias, niveles de ansiedad creados por la separación del familiar, alteración del sueño, alimentación, comportamientos agresivos o negativistas, apatía, retraimiento, etc...

Por lo tanto, la adaptación del niño a la enfermedad y a su hospitalización afectará al bienestar psicológico, a la calidad de vida y, a su vez, al curso clínico de la propia enfermedad.

Es por ello, por lo que nuestra labor educativa será vital en este punto. La respuesta EDUCATIVA debe ser concreta en cada caso, ante todo con una

decidida voluntad de acción y con una disposición de recursos, debidamente organizados que permita actuar eficazmente en coordinación con las estructuras formales del sistema educativo.

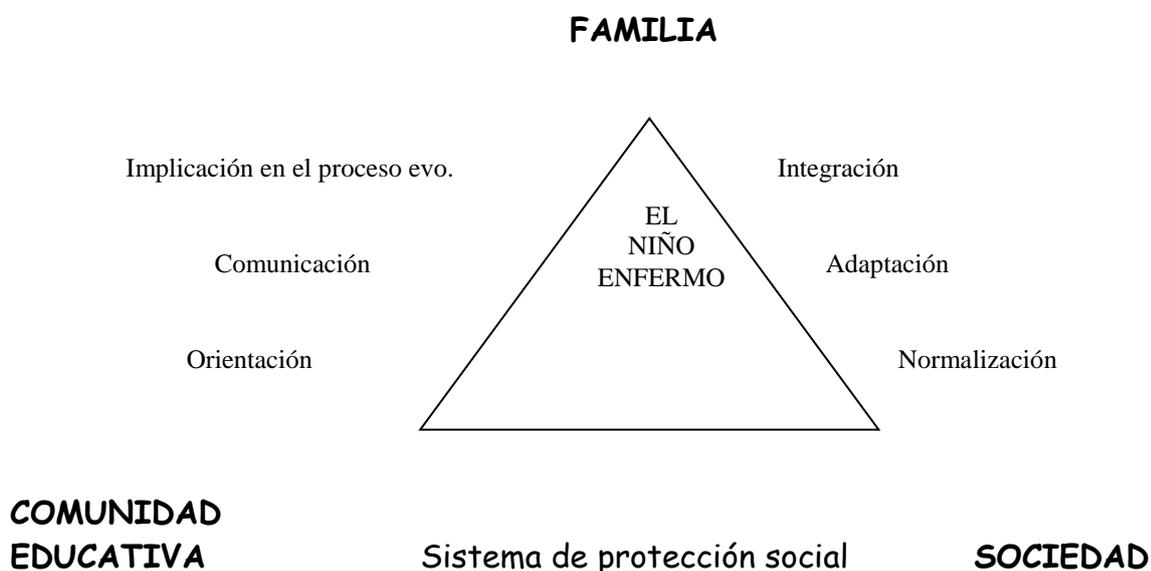
Nuestra actuación, desde el ámbito de la responsabilidad educativa plantea tres grandes campos de objetivos a cubrir:

1. De carácter instructivo: con atención al progreso curricular del alumno, cuidando que su desconexión del entorno docente no sea causa de retrasos significativos en la capacitación fundamental señalada en los objetivos propios de cada etapa o tramo educativo.
2. De tipo afectivo personal, que compense la limitación socializadora que puede suponer, en muchos casos, el aislamiento y falta de relación con iguales y atienda psicológicamente determinados aspectos, relacionados con la causa clínica y en cuya cobertura también figuran las familias.
3. La respuesta educativa debe ajustarse y cubrir las necesidades de nuestros pacientes-alumnos persiguiendo su desarrollo-integral, pero siempre atendiendo a la reglamentación que propone el régimen hospitalario.

La implantación de la reforma del Sistema Educativo, está proporcionado a todos los niveles una profunda revisión de aspectos conceptuales, organizativos y metodológicos relacionados con la atención a la diversidad.

Nuestra actuación no sería eficaz sin la participación y colaboración de otros elementos esenciales que rodean al niño enfermo, dentro de un sistema amplio, en el que relaciona, condiciona y es condicionado:

- ✎ La familia
- ✎ La sociedad
- ✎ Los sistemas de protección (SS.SS, salud, educación...)
- ✎ Es decir el **CONTEXTO**



Todos estos elementos influyen en el niño y en su bienestar, y a su vez influye en los demás elementos, habiendo una interrelación entre ellos.

Debemos pues hablar de globalidad y de la interrelación que debe existir entre todos los agentes intervinientes, a la hora de actuar ante cada nuevo alumno.

Todos los agentes están ante el niño y su enfermedad, pero su familia es la parte más importante de todo el proceso de la enfermedad.

La atención integral que requiere el niño enfermo, atendiendo a la globalidad de su persona debe ser una realidad y una experiencia de vida y de práctica, más que una noción o n concepto.

Hemos pues de trabajar juntos para la consecución de un objetivo común **"El Niño Enfermo ha de tener calidad de vida"** , todos nosotros debemos procurársela, pero como una cosa graciable, ni por compasión, sino porque es un niño más.

Sin embargo, y para salvar posibles obstáculos durante su proceso de enfermedad, la educación que ha de recibir el niño enfermo debe ser adaptativa, flexible e integradora, y no por ello diferente, y todos hemos de contribuir a ello, desde una concepción humanizadora.

1.2.2.3.- OBJETIVOS CENTRO EDUCATIVO

Para el cumplimiento de los objetivos del centro, durante éste curso pretendemos de dar respuesta a todas las necesidades que recogimos en la evaluación del curso pasado y adaptándolo al nuevo alumnado matriculado en este curso, además de realizar una nueva configuración de objetivos, contenidos y criterios de evaluación en base a la nueva Ley de educación que se implementará éste curso.

El resultado será un currículum más funcional, normalizado y real. Adaptado a las diferentes dimensiones y necesidades de nuestros alumnos, desde la concepción integral que caracteriza la asistencia pedagógica y socio-sanitaria del Hospital y de la Orden Hospitalaria en general.

Esta concepción del currículum que ofrecemos se ha visto favorecida por la ubicación del Centro Escolar, estando éste dentro de una Unidad Hospitalaria lo que nos permite trabajar más en un entorno natural en el que se desenvuelven todos nuestros alumnos.

Hemos realizado una nueva configuración en las áreas de Educación Básica Obligatoria Especial y en los Talleres Formativos, modificando y ampliando el Currículum, configurando nuevos ámbitos, y dentro de éstos los diferentes Módulos y Bloques

de contenidos, estos a su vez se valorarán a lo largo del curso y se podrán desarrollar nuevos o ampliar en función de la demanda de los alumnos o por cuestiones de nuevos ingresos matriculados en el Centro Escolar.

Así mismo, con la incorporación de la nueva Unidad escolar de PPME Operaciones básicas de cocina, nos lanzamos a un nuevo reto, pero con mucha ilusión por lo que conlleva la formación de un alumnado con competencias para la inserción socio laboral, realizando su formación en un espacio real y funcional.

Finalmente, cobra una especial importancia este punto de nuestra planificación el nuevo plan de **DIGITALIZACION**. Hacer un análisis de nuestra realidad a dado lugar a algunas decisiones importantes. Somos conscientes de que tenemos que seguir dando pasos en el área de la digitalización.

Un camino que iniciamos el curso pasado con la implementación de numerosas herramientas y dispositivos.

Proceso de elaboración:

De la mano de la Coordinadora de "Transformación Digital" (TD) de nuestra entidad titular, hemos iniciado un recorrido en varias líneas.

- Equipo de profesionales del colegio encargados de coordinar las actuaciones en el campo de la digitalización. Tras un análisis previo de conocimientos y herramientas disponibles realizado el curso pasado, el reto es seguir proponiendo herramientas funcionales al resto del equipo. Está compuesto por el director del centro y un docente, junto con la Coordinadora TD.
- Formación de profesionales en uso y manejo de dispositivos, programas y aplicaciones con diferentes objetivos:
 - Comunicación y coordinación entre profesionales y familias.
 - Formación on line de familias en herramientas de comunicación.
 - Uso continuado, productivo y creativo de la tecnología: dispositivos, aula TIC, herramientas.
 - Definición de líneas de trabajo para la formación académica y para el desarrollo cognitivo de nuestro alumnado a través de programas y aplicaciones, coordinando estas decisiones con el equipo directivo para que sean coherentes con el resto de servicios de la entidad.
 - Todos los grupos de alumnos tienen reflejado en su horario las horas relativas a TIC. En el caso del alumnado de TVA y PPME, hay objetivos en los que las habilidades informáticas son un fin (paquete office, uso de teclado, ratón...). Sin embargo, en la etapa de EI y EBO lo usamos como medio para llegar a la consecución de objetivos de otras áreas curriculares: lengua, matemáticas y conocimiento del medio a través de aplicaciones y recursos digitales.

OBJETIVOS GENERALES EDUCATIVOS DEL CENTRO

- Desarrollar al máximo las capacidades de nuestros alumnos: cognitivas, motrices, afectivas emocionales, de comunicación y socialización; fomentando las relaciones interpersonales.
- Facilitar el desarrollo de capacidades sociales que permitan a nuestros alumnos una mejor adaptación e integración en la sociedad.
- Conseguir que nuestros alumnos disfruten con las situaciones de enseñanza - aprendizaje para lograr una actitud positiva en los nuevos objetivos alcanzados y un máximo de autonomía.
- Fomentar valores personales y humanos como la autoestima, la solidaridad, la responsabilidad y la participación en la medida de sus capacidades y teniendo como objetivos fundamentales y prioritarios, la integración y la normalización.
- Fomentar la participación activa de los alumnos, aprendiendo a trabajar en equipo, adquiriendo técnicas básicas de trabajo, siendo responsables y mostrando un espíritu creativo y crítico.
- Preparar para la inserción socio-laboral, así como dotar de las estrategias necesarias para poder llevar una vida lo más autónoma posible.
- Reducir la brecha digital incorporando las nuevas tecnologías en el colegio, mejorando la competencia digital del profesorado, alumnado y familia.

La elaboración de nuestro Proyecto Curricular de Etapas se ha llevado a cabo tomando como punto de partida de los Programas desarrollados en el nuevo currículum de Educación Infantil, Básica, PTVA y PPME junto con los Programas Educativos que tenemos en el centro.

Así pues, el Proyecto Curricular de la Etapa consta de las áreas establecidas por la normativa vigente y otras que hemos considerado oportunas para el desarrollo integral el alumno. Cada área tiene unos objetivos generales y cada bloque de contenidos presenta objetivos específicos y contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales.

1.2.2.5.- PROFESIONALES

El Equipo Docente está formado por 13 profesionales especialistas en Pedagogía Terapéutica, en los cuales recae la responsabilidad de la atención educativa de los alumnos-pacientes, debiendo tener en cuenta para ello las características clínicas de cada uno de ellos.

Así mismo, contamos con la participación de profesionales de diferentes disciplinas que conforman el equipo Interdisciplinar (Auxiliares de clínica, Enfermería, Médico, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Logopeda, Fisioterapeuta, Trabajador Social, Técnico transformación digital, Neurólogo, Psiquiatra)

1.2.2.6.- CARACTERÍSTICAS ALUMNOS-PACIENTES

El Centro Educativo acoge a pacientes-alumnos con edades comprendidas entre 6 y 21 años. Todos ellos necesitan una atención constante e individual que implica una intervención personalizada, puesto que las crisis que se manifiestan son convulsivas y no sistemáticas, teniendo además graves lesiones neurológicas.

La gran mayoría de nuestros alumnos pacientes padecen una epilepsia severa, fármaco resistente y todos ellos tienen asociadas otras patologías, otros padecen encefalopatías estáticas de cualquier etiología, así como patologías degenerativas del sistema nervioso central, (receptor de una serie de acciones en función de la disminución de las posibilidades de integración educativa, laboral o social, surgida como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, congénita y en deterioro de las capacidades físicas, psíquicas o sensoriales).

Esto hace que precisen de observación directa, no solamente por parte del profesorado si no también por parte de todos los servicios que presta el Hospital: médico generalista, neurólogo, psicólogo, psiquiatra, logopeda, fisioterapeuta, trabajador social, enfermería y auxiliares.

1.2.2.7.- PROYECTO CURRICULAR y PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS

El Proyecto Curricular de Centro ha sido elaborado tratando de dar respuesta a las necesidades que hemos apreciado en el alumnado existente, configurando un currículum más funcional, normalizado y real, siendo el reflejo de nuestra práctica docente y con el podremos ofrecer una formación más polivalente para nuestro alumnado, el cual necesita para acceder de modo más satisfactorio al siguiente nivel formativo, Centro de Día o Terapia Ocupacional, proporcionado por la propia Fundación.

Esta concepción que ofrecemos se ha visto favorecida por la ubicación del Centro Escolar, estando éste dentro de una Unidad Hospitalaria lo que nos permite

trabajar más en un entorno natural en el que se desenvuelven todos nuestros alumnos.

Hemos realizado una nueva configuración de las áreas siguiendo las directrices de la Comunidad de Madrid, ampliando nuestro servicio con los diferentes programas complementarios e innovadores diseñados en el centro educativo.

Pretendemos que nuestros alumnos puedan obtener habilidades para ayudarles a conseguir la máxima independencia y autonomía, con el fin de lograr que desarrollen una vida más normalizada, integrada y socializada.

Por todo ello la asistencia a nuestro alumnado debe ser integral y esto hace que los grupos sean reducidos para lograr mayor desarrollo general de la persona, necesitando adaptaciones curriculares muy significativas, lo que nos lleva a modificar la configuración del currículum en todos sus niveles de concreción.

Dando respuestas a las necesidades que apreciamos en el día a día de nuestra labor docente. Para ello el Equipo Docente ha diseñado además de las áreas del Currículum una serie de Programas Educativos, los cuales forman parte del mismo:

- Programa para el Desarrollo de la Autonomía
- Programa de Educación Ambiental
- Programa Estimulación multisensorial
- Programa de Educación Afectivo Sexual
- Programa de comunicación: SSAAC
- Programa de atención Buco-dental
- Programa Poseidon
- Programa Mcapacita
- Programa Inclusionarte
- Programa CompDigEdu
- Programa TIC
- Programa de Participación
- Programa PREDEA
- Programa Derechos

<https://view.genial.ly/63642e48f90a6300190d7a02/presentation-colegio-educacion-especial-fundacion-instituto-san-jose>

Con el desarrollo de estos programas, pretendemos hacer que nuestros alumnos aprendan a organizar sus propias experiencias de aprendizaje y darles la oportunidad de tomar decisiones y aceptar sus consecuencias.

Las actividades que desarrollan los Programas recogen los objetivos y contenidos del currículum enmarcados en el P.E.C. Su desarrollo hace necesario

el diseño de ambientes alternativos al aula y/o actividades de refuerzo, que son programadas de modo individualizado, con el fin de adaptarnos a las necesidades y ritmos de nuestros alumnos.

Para acceder al currículum nuestros alumnos necesitan de un medio alternativo al estrictamente académico, ya que su vía de aprendizaje es fundamentalmente sensorial. Cuentan con una baja motivación y con la necesidad de que las tareas sean significativas, funcionales y contextualizadas; todo ello nos hizo partir de su entorno y de sus experiencias, y crear nuevos espacios educativos que respondan a la necesidad de motivación y de enriquecimiento de estímulos que presentan nuestros alumnos. El hecho de salir del aula, incluso del recinto escolar favorece además de los aspectos anteriormente mencionados, la generalización de los aprendizajes de nuestros alumnos, fomentando y desarrollando aptitudes y destrezas de la persona en función de las capacidades de cada uno. Gracias a ellos los pacientes alumnos se plantean y resuelven problemas y situaciones más significativas y motivadoras que las que pueden aparecer en los libros de texto.

1.2.2.8.- CRITERIOS EDUCATIVOS

ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD.

El solo hecho de desarrollar el Proyecto Educativo de Centro en un centro específico en el que sus alumnos presentan todas las necesidades educativas especiales, hace del proyecto un recurso más, de atención a la diversidad. Con él intentamos contribuir a desarrollar al máximo la calidad de vida de los alumnos, tal como recoge el espíritu de la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo.

Las diferentes actividades de los programas presentan un rico abanico de tareas. Esto ha favorecido que todos los alumnos hayan podido participar en actividades acordes con sus capacidades. Influyendo positivamente en su motivación, integración, normalización, socialización y autoestima, aspectos fundamentales para nuestros alumnos.

Las estrategias que utilizamos para atender de forma individualizada a nuestros alumnos con necesidades son :

- Diseñar actividades amplias que reflejen diferentes grados de realización y que sirvan para conseguir objetivos de distinto nivel de complejidad.
- Restringir la cantidad de estimulación escrita y aumentar las ayudas pictográficas, sensoriales y verbales, para aquellos alumnos que lo requieran.
- Elegir actividades prácticas y de trabajo manipulativo con materiales reales en la medida de lo posible.
- Realizar actividades que permitan diferentes posibilidades de ejecución y expresión.
- Planificar actividades de libre elección por los alumnos siempre que sea posible.
- Desarrollar actividades grupales fundamentalmente manipulativas, dirigidas de manera verbal con el fin de favorecer con éxito la ejecución de las mismas.
- Dotar a los alumnos de diversos tipos de ayuda dependiendo de sus necesidades, retirándolas de forma paulatina al realizar la actividad.

NORMALIZACIÓN.

La normalización se logra gracias al establecimiento y utilización de nuevos espacios, creados o elegidos para realizar las diversas tareas que hacemos día a día y a la puesta en práctica de las actividades de los programas. Estos espacios son en la medida de nuestras posibilidades y necesidades clínicas de nuestros alumnos, lo más normalizados y normalizadores posibles. Esto es, utilización de espacios reales, como sus habitación, comedor, etc. Creación de espacios similares a los que pueden encontrar fuera del Hospital, salvando las distancias.

INTEGRACIÓN Y SOCIALIZACIÓN.

El punto de normalización antes mencionado ha sido un importante elemento integrador en la comunidad hospitalaria. Se han superado prejuicios y ha mejorado la imagen de nuestros chicos, lo que ha abierto posibilidades a su integración en otros grupos de trabajo del hospital fuera del campo académico.

Ha sido importante la manera en que los Hnos. de la Orden y el personal sanitario se han integrado en las actividades de los diferentes programas. Es importante destacar el desarrollo coordinado de las actividades entre los pacientes del Colegio, con los pacientes de Terapia Ocupacional y Centro de Día, lo que ha propiciado el desarrollo de manera espontánea comportamientos solidarios y diferentes manifestaciones de apoyo mutuo.

2.- PROPÓSITOS Y FINALIDADES

Las metas de nuestro Proyecto Educativo tienen sus cimientos en los dos pilares de nuestra actuación diaria: las necesidades de los pacientes alumnos en su incorporación a la sociedad y el ideario del Centro de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, en cuyos principios ideológicos se explicita claramente que el eje de la actuación es la persona que atiende o cuida en una dimensión integral.

En el empeño de dar contenido a una filosofía propugnada durante siglos, surge la dinámica educativa-asistencial, para personas con necesidades educativas especiales. Las Finalidades educativas que planteamos se basan fundamentalmente en las características de los alumnos y su entorno, puesto que ellos son el centro de toda la actividad que diariamente se realiza.

Entre nuestros Objetivos fundamentales está *“La formación completa de la personalidad de sus acogidos velando por su integración social en la medida de sus posibilidades de acuerdo con los principios de la Iglesia Católica, las constituciones de la Orden Hospitalaria, la Constitución Española, los Derechos Humanos y de acuerdo con los planteamientos educativos y sociales vigentes”*.

Este objetivo fundamental queda desarrollado en las Finalidades Educativas, que conforman a su vez el primer apartado de nuestro Proyecto Educativo, y como instrumento organizativo está sujeto a las modificaciones que sean necesarias, puesto que la experiencia nos ha enseñado que la población que atendemos y sus necesidades son cambiantes y, por lo tanto, es obligatoria para nosotros la reflexión continua sobre estas Finalidades y sobre su desarrollo posterior en el Proyecto Curricular del Centro.

A continuación, desglosamos los Ámbitos y Finalidades del centro:

2.1.- AMBITOS

2.1.1.- AMBITO PEDAGÓGICO

1. Transmitir A los alumnos, tanto implícita como explícitamente, conceptos, procedimientos o técnicas y actitudes, que favorezcan un aprendizaje significativo y funcional dentro de marco de la ética católica.
2. Facilitar el acceso, del alumno, a la cultura, para que disfrute de las mismas oportunidades que las demás personas.
3. Favorecer la promoción, del alumno, de la etapa Básica a la Profesional, de cara a afrontar las futuras responsabilidades y situaciones que como adultos se les planteen.

4. Desarrollar la personalidad del alumno potenciando su propia identidad a través de:
5. . Su aceptación como persona.
6. . La vivencia de los modelos afectivos y valores adecuados.
7. . Del control de su voluntad y emociones.
8. . De su vivencia religiosa.
9. Ayudar al alumno a considerarse una persona socialmente aceptada mediante el desarrollo de:
 - La autonomía personal.
 - Comportamiento socialmente aceptados
 - Comunicación
 - Hábitos de trabajo

10. Integrándolo en situaciones educativas reales y, siempre que sea posible, vivenciando los rasgos de nuestra cultura.
11. Capacitar al alumno para que, dentro de sus posibilidades, desempeñe lo más óptimamente posible las tareas propias para un puesto laboral, orientando a la familia sobre la opción más adecuada.
12. Asistir, estimular y, en su caso, moderar la involución de aquellos alumnos más afectados manteniendo al máximo su dignidad personal, proporcionándoles un ambiente estable y acogedor que les aporte seguridad y confianza.
13. Mantener y desarrollar, según cada caso, la adquisición de técnicas instrumentales, en aquellos alumnos con posibilidades de utilizarlas en situaciones socio-laborales.
14. Fomentar la participación y la colaboración de los padres y familia en general en la consecución de objetivos educativos, orientando y asesorando a la misma para ofrecer al alumno un modelo educativo común que favorezca su evolución y ayude a resolver o afrontar situaciones conflictivas promoviendo experiencias de intervención educativa dentro del ámbito familiar.

2.1.2.- AMBITO SOCIAL Y CONVENCIONAL

1. *Educarnos y educarles para que respetemos y respeten a cada alumno teniendo en cuenta que las motivaciones, los intereses y la capacidad de aprendizaje son muy diferentes entre ellos.*
2. *Valorar las diferencias individuales como elementos enriquecedores para las relaciones entre iguales y el propio desarrollo personal.*
3. *Educar en la tolerancia, la convivencia pacífica y la participación democrática, utilizando los diferentes medios de expresión para comunicar sus opiniones, sentimientos y deseos, desarrollando progresivamente su sentido crítico y*

- creativo con el fin de posibilitar el acceso normalizado a la cultura del entorno.*
- 4. Despertar en nuestros alumnos la inquietud por la conservación y defensa del Medio Ambiente, utilizando para ello los conocimientos adquiridos en el medio físico y social, para resolver de forma autónoma los problemas que se puedan plantear.*
 - 5. Educar en el respeto de los derechos y libertades fundamentales y en el ejercicio de la tolerancia y de la libertad dentro de los principios democráticos de la convivencia.*
 - 6. Apertura hacia el exterior y contactos con otros Centros para intercambiar experiencias y para dar a conocer la realidad de nuestros alumnos.*

2.1.3.- AMBITO PROFESIONAL

- 1. Promover y asegurar el desarrollo integral del alumno mediante una intervención planificada.*
- 2. Actuar como mediadores sociales entre el alumno y el entorno que le rodea, tratando de incorporar nuevos aprendizajes a los ya existentes, según sus capacidades.*
- 3. Evitar etiquetas y barreras lingüísticas en cuanto a la terminología empleada para definir y tratar a los alumnos del Centro.*
- 4. Compaginar nuestra investigación educativa con la tecnología de la que disponemos y la asistencia humanizada.*

2.1.4.- AMBITO INSTITUCIONAL

- 1. Seguir y respetar los principios ideológicos de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.*
- 2. Mantener relaciones constructivas entre el Centro docente y es resto de las áreas que forman la Fundación.*
- 3. Propiciar la interacción y la colaboración con organismos e instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales.*
- 4. Desarrollar una asistencia humanizada tomando como referencia la Carta de Derechos y Deberes del Enfermo promulgada por la Orden.*

2.1.5.- AMBITO DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

- 1. Organizaremos, consensuando la toma de decisiones de manera que se favorezca el buen funcionamiento del Centro.*
- 2. Llevar a cabo una intervención coordinada, que priorice el trabajo en equipo, con los diferentes profesionales que componen el área de Neurología de nuestro Hospital.*
- 3. Potenciar una comunicación fluida y participativa entre los miembros del Consejo Escolar.*
- 4. Implicar a los padres/madres en el proceso educativo de sus hijos.*

5. Organizar encuentros que permitan incrementar el intercambio con otros agentes de la Comunidad, que enriquezcan nuestro campo de experiencias con aprendizajes fuera de la Escuela.
6. Impulsar el trabajo en equipo y la coordinación sistemática entre los distintos departamentos docentes y no docentes para aunar criterios en la intervención educativa.
7. Establecer los canales de información adecuados y los mecanismos de coordinación con los distintos sectores de la Comunidad Educativa, asegurando la gestión democrática del Centro.
8. Promover la formación de todos los miembros de la Comunidad Educativa - Asistencial basada en la reflexión de nuestra acción diaria, potenciando la investigación para mejorar la calidad del trabajo con nuestros alumnos y facilitando la asistencia a jornadas, cursos, Encuentros.
9. Conformar un sistema organizativo flexible y dinámico que garantice una adecuada transición del alumno por los distintos ciclos de su etapa educativa, a través de la aplicación de los criterios consensuados previamente por el Claustro.
10. Adaptar los recursos organizativos y los espacios del Centro a las necesidades de los alumnos y de los objetivos programados.
11. Crear los cauces necesarios que permitan la continuidad de las personas implicadas en el proceso educativo de los alumnos.
12. Ofrecer a la familia los recursos organizativos necesarios que favorezcan la coordinación entre familia y escuela.
13. Configuración y ejecución de mecanismos de evaluación del Centro docente a través del control de la calidad educativa.
14. Aprovechar al máximo los recursos y medios, que ofrecen las administraciones locales, provincial y autónoma.
15. Establecer convenios con la Universidad para regular las prácticas en todos los ámbitos profesionales que ofertamos.
16. Establecer Convenios de colaboración con Centros Ocupacionales y Empresas de la zona para que reserven ciertas plazas laborales para algunos de nuestros alumnos.

Por todo ello vemos la necesidad de que todos estos Ambitos sean una conjunción técnico asistencial, y que nos sirva para tener un marco referencial para la actuación con las personas con necesidades educativas especiales, y para un correcto desarrollo de los diferentes ambitos y finalidades existirá una adecuada coordinación y consenso. Así mismo valoramos que la escuela del siglo XXI, y propiamente nuestro Centro Educativo, debe seguir unas líneas marcadas de innovación y atendiendo a los siguientes aspectos:

Escuela Integradora.

Aceptando la pluralidad y diversidad de todos los miembros de la Comunidad educativa. Facilitando la formación de los alumnos/pacientes dentro de sus posibilidades y al máximo de sus capacidades en todos los aspectos básicos para su desarrollo y su integración en la sociedad.

Participativa.

Fomentando la colaboración entre todos los miembros de la Comunidad educativa con el fin de que la diversidad de opiniones enriquezca la toma de decisiones, los trabajos a planificar y realizar, mejorando así la calidad de la enseñanza.

Motivadora.

Favoreciendo un buen clima de relaciones humanas en la comunidad educativa, vivenciando las actividades educativas de manera satisfactoria.

Tolerante.

Dando cabida a la diversidad de opiniones, caracteres, trabajos..., favoreciendo así un entendimiento respetuoso.

Crítica.

Facilitando la reflexión individual y de grupo en la práctica docente, potenciando la autocrítica y la crítica constructiva, para poder transformar, adecuar, cambiar renovar o ampliar los objetivos educativos.

Realista.

Adaptándose a las necesidades de los alumnos a través del ajuste de los objetivos educativos a las capacidades de los alumnos y a su realidad social y familiar, empleando los recursos disponibles en el centro o importando una formación útil y práctica.

Innovadora.

Desarrollando nuevas estrategias de enseñanza, potenciando la formación y actualización de las pretensiones del centro, facilitando el intercambio de conocimientos.

2.2. - METODOLOGÍA

La metodología se basa en analizar los hechos esenciales del proceso de aprendizaje, en el cual se ponen de manifiesto un variado número de objetivos, procedimientos, criterios, recursos, técnicas y normas prácticas, que el personal utiliza en cada caso.

Por ello la metodología está en función del paciente alumno, considerando sus características para adecuarnos mejor a su desarrollo intelectual, emocional y social. Partiendo de sus experiencias e intereses, surgirán las condiciones en las que va a ser capaz de construir su propio conocimiento, en interacción con el medio y en cooperación con sus iguales, siguiendo unos fines generales y unos criterios comunes como son:

- * El respeto a la actividad espontánea y a los intereses.
- * El cultivo del trabajo autónomo y colectivo, teniendo en cuenta las diferencias de cada paciente alumno.
- * La consideración del aprendizaje como un resultado de la acción del alumnado y no de una mera transmisión de conocimientos.
- * Partir de la experiencia como fuente de motivación principal teniendo en cuenta los siguientes criterios básicos:
 - El aprendizaje a través del descubrimiento y la experimentación del propio paciente alumno.
 - La creatividad, dirigiendo nuestra intervención hacia el desarrollo del pensamiento divergente en el propio paciente alumno.
 - La globalización y la interdisciplinariedad, tratando los distintos contenidos partiendo de la percepción global que tiene el propio usuario de la realidad.
 - La flexibilidad de agrupamientos.
 - Incorporación natural y progresiva de las actividades, secuenciadas por su grado de complejidad.
 - La normalización y socialización.
 - Integración de los aprendizajes de forma contextualizada en la comunidad.

Utilizando programas de actuación con técnicas no aversivas en la aparición de disconductas en los diferentes programas, de forma individual y favoreciendo en todo momento la autorregulación del usuario.

La presentación de los contenidos se hace mediante modelos de actuación y puntos de imitación.

Se concede mucha importancia a los aprendizajes significativos, intentando que sean los más funcionales posibles por el alumnado.

Se aplican los principios pedagógicos y sociales, el principio de actividad, pretendiendo conseguir una formación adecuada a la individualidad de cada alumno, con matices integradoras, globalizadoras, de manera activa, lúdica, participativa, sensorial e innovadora.

El papel del profesor es importantísimo, considerado como un guía que lleva, dirige y conduce. Es mediador, estimulador, actualizador y dinamizador del proceso de enseñanza, aprendizaje.

Globalizadora, Activa, Sensorial, Lúdica, Participativa, Innovadora

La presentación de los contenidos se hace mediante modelos de actuación y puntos de imitación.

Se concede mucha importancia a los aprendizajes significativos, intentando que sean los más funcionales posibles por el alumnado.

Se aplican los principios pedagógicos y sociales, el principio de actividad, pretendiendo conseguir una formación adecuada a la individualidad de cada alumno, con matices integradoras.

El papel del profesor es importantísimo, considerado como un guía que lleva, dirige y conduce. Es mediador, estimulador, actualizador y dinamizador del proceso de enseñanza, aprendizaje.

Pretendemos desarrollar nuestro trabajo basándonos en los siguientes criterios metodológicos:

- Partir de los conocimientos previos que tienen adquiridos nuestros alumnos y ayudarles a construir otros nuevos, de modo significativo.
- Fomentar la funcionalidad de los aprendizajes de nuestros alumnos despertando en ellos el gusto por el descubrimiento de los mismos.
- Alternar los grupos homogéneos con los heterogéneos (tanto a nivel de aulas como de etapas) dependiendo de la actividad de la que se trate. Flexibilizando los agrupamientos optimizaremos el rendimiento de nuestros alumnos.
- Despertar la intuición y la creatividad para captar los objetos de conocimiento de forma sensible.
- Promover una intensa actividad por parte de alumno.

- Respetar los ritmos de aprendizaje de cada alumno así como sus características individuales.
- Proporcionar la socialización de nuestros alumnos a través de la inserción activa en diferentes grupos y el trabajo cooperativo.
- Organizar, en la medida de lo posible, los diferentes contenidos curriculares atendiendo a la percepción global que nuestros alumnos tienen de la realidad.
- Posibilitar la generalización de los aprendizajes, en nuestros alumnos, de manera que sean cada vez más capaces de ampliar los recursos que tienen para la resolución de dificultades en la mayoría de las situaciones problemáticas que se les planteen.
- Utilizar la mayor parte de estímulos (intelectuales, sociales y emocionales) a nuestro alcance, para motivar al alumno en el proceso de enseñanza-aprendizajes.

2.2.1.- ORIENTACIONES METODOLÓGICAS ESPECÍFICAS

- Organización de actividades funcionales, breves y variadas.
- Estimular la aparición de conductas positivas como alternativa adaptativa.
- Emplear estímulos externos para despertar y mantener la atención.
- Secuenciar los pasos de aprendizaje en orden de complejidad creciente.
- Fomentar situaciones de éxito que contribuyan a la adquisición de aprendizajes.
- Estar dispuestos para el contacto con los padres, ofreciéndoles información, asesoramiento y orientación, estableciendo sesiones de tutorías periódicas.
- Dar un enfoque lúdico y funcional a todas las áreas del currículo.
- Emplear un lenguaje claro y preciso.
- Motivar el aprendizaje por descubrimiento sin la atención constante por parte del profesor.
- Evitar estímulos que dispersen la atención.
- Simular situaciones de la vida diaria, aprovechando los momentos, personas y espacios naturales.

2.3.- ADAPTACION CURRICULAR

El centro planteará adaptaciones significativas o muy significativas en función de las necesidades de los alumnos, planteando adaptación no significativa, a través de la modificación en la evaluación, metodología, actividades o contenidos (saberes básicos) material lúdico multisensorial, eliminación de barreras arquitectónicas, o en otro sentido la modificación de las actividades y metodología o finalmente, la adaptación significativa, modificación de los objetivos y competencias de la programación.

Consideramos que éstas adaptaciones presentan diferentes ventajas para el alumno ya que sirven para implementar adaptaciones curriculares significativas y no significativas al alumno.

- Fomento de la inclusión: con las adaptaciones se fomenta una mayor inclusión del alumnado con necesidades especiales, atendiendo mejor sus necesidades.
- Mayor autonomía del alumnado con necesidades especiales: gracias a estas adaptaciones curriculares, se da a los alumnos con discapacidad o necesidades especiales las herramientas necesarias para tener más autonomía en su aprendizaje.
- Mayor motivación: facilitar el acceso al currículo del alumnado con necesidades especiales aumenta su autoestima y su motivación, ya que se fomenta su éxito académico.

TIPOS DE ADAPTACIONES
a) personales (apoyo del maestro de pedagogía terapéutica, maestro de audición y lenguaje, fisioterapeuta, técnico superior de integración social (TSIS)...).
b) materiales (recursos que mejoran la calidad de sonido o de visión del aula)
c) de comunicación en relación a los sistemas aumentativos y complementarios o alternativos a dicha comunicación.
d) Adaptar contenidos del temario.
e) Introducir objetivos de Etapa, cursos o ciclos anteriores.
f) Reiteración de algunos contenidos sacrificando otras materias o asignaturas.
g) Cambios en los elementos de la programación didáctica tales como criterios de evaluación, criterios de promoción, metodología, actividades, contenidos (saberes básicos), objetivos de aprendizaje o competencias; adaptados al nivel y las necesidades del alumno.
h) Acceso físico (recursos espaciales, materiales y personales).
i) Modificación de estrategias, actividades, tiempos o metodología.
j) Ampliación del tiempo que tiene el alumno para realizar una tarea o prueba.
k) Modificación de la forma en que se presentan los contenidos, de forma que ayude a destacar información clave, ya sea con el uso de colores, gráficos, textos grandes...
l) Adaptación del formato de las actividades, con ejercicios más visuales, o también reduciendo la cantidad o la complejidad de los ejercicios.

m) Uso de tecnología para mejorar la comprensión por parte del alumnado, ya sea con vídeos, contenidos interactivos, etc.

n) Cambios en los enunciados y en la definición de los ejercicios, para ofrecer información más detallada y de más fácil comprensión.

o) Modificar la cantidad de tarea.

p) Modificar el tipo y formato de actividades y tareas.

q) Priorizar una serie de aprendizajes básicos.

2.4.- EVALUACIÓN

La evaluación será continua, flexible y consensuada. Se revisará y analizará por parte de todos los profesionales del Centro que están en contacto directo con el usuario y todos aquellos factores que hayan intervenido (entornos, actividades, objetivos, materiales, recursos didácticos....) con el fin de potenciar al máximo la calidad de vida de nuestros usuarios.

Por lo tanto, la evaluación está orientada a valorar la consecución de las capacidades integradoras de los alumnos en cada área; se realiza a través de un análisis continuo individualizado y formativo, siendo funcional y contextualizado, teniendo en cuenta la situación inicial del alumno y valorando el proceso de aprendizaje con arreglo a los objetivos establecidos en el programa individual de cada alumno; así como el comportamiento de los alumnos en las distintas áreas. Esta evaluación se realiza a partir de registros y fichas de evaluación, todo ello realizado por parte de todos los profesionales que están en contacto directo con el alumno.

Así mismo para lograr una correcta evaluación, plantearemos reuniones periódicas de los diferentes Equipos, revisando objetivos y las diferentes dimensiones recogidas en las diversas áreas con los programas establecidos. Se revisarán materiales elaborados, recursos didácticos y programas para que podamos responder en todo momento a las necesidades de los usuarios, siguiendo con la filosofía de la Fundación que siempre tiene en cuenta los intereses, motivaciones, actitudes y normas propias de la edad de los alumnos.

Ejecución del programa

El equipo docente será el encargado de ejecutar el programa dentro de la organización marcada en su propio plan de actuación se personalizará dependiendo de la especialidad profesional.

Seguimiento y evaluación:

La evaluación de los alumnos ha de ser un proceso continuamente ligado a la actividad educativa, por lo que no se limitará a actos aislados. Para su realización han de utilizarse distintos medios (observaciones, fichas, registros, y escalas de seguimiento de los aprendizajes etc.), que aporten información no sólo del nivel de consecución de las habilidades y actitudes, del esfuerzo y trabajo realizado por el alumno, sino también de la idoneidad de los objetivos propuestos, de la metodología empleada, de las actividades realizadas y del uso de los medios y recursos.

1. Todos y cada uno de los miembros del equipo docente tendrán su ficha o instrumento de seguimiento para facilitar las aportaciones que se darán al equipo a la hora de la evaluación de los distintos programas.
2. Los distintos profesionales realizarán el seguimiento según sus propias fichas que, necesariamente, habrán de estar relacionadas con los mismos objetivos que se trabajan con el alumno. El formato o desarrollo de los instrumentos de seguimiento será competencia del equipo docente.
3. Al elaborar y ejecutar el programa, el equipo docente, indefectiblemente, será el encargado de realizar el seguimiento y la evaluación.

Se informará trimestralmente a los padres de este seguimiento a través de las tutorías. Si durante el curso, como consecuencia del seguimiento, el programa se ve modificado en algunos de sus elementos a iniciativa de cualquier miembro del equipo docente, la modificación será estudiada por dicho Equipo conjuntamente antes de decidir si llevarla a cabo.

A menos que en la elaboración del PCC durante este año se determinara otro tipo de funcionamiento, las reuniones de evaluación de final de curso se llevarán a cabo según las siguientes pautas:

- Las sesiones de evaluación se realizarán por todos los miembros de los equipos docentes, excepto en el caso del 5º Ciclo, que lo harán las personas implicadas en los distintos bloques y en los distintos programas.
- Las aportaciones de cada uno de los miembros de los equipos docentes habrá de realizarse por escrito, en función del guión sobre aspectos a evaluar que se elaboren en los distintos ciclos. Creemos conveniente que exista este guión, pero es una decisión del equipo docente, así como el tipo de guión a elegir.

Es indudable que es una gran cantidad de trabajo el poner esto por escrito, pero pensamos que es la única manera de realizar una evaluación sistemática por parte de cada uno de los miembros de los equipos docentes, por lo cual, para que se realice la evaluación es necesario que estén sobre la mesa dichas aportaciones

por escrito, aunque sabemos que durante las sesiones de clase ya han existido bastantes evaluaciones compartidas entre algunos miembros de los equipos docentes t, por lo tanto, algunas aportaciones de las mencionadas coincidirán bastante.

En referencia a esta cuestión, hay que resaltar que dichas aportaciones podrán entregarse por escrito a los tutores, para facilitar la redacción del informe final, nunca para copiar literalmente.

Es igual de importante la distinción que hay que realizar entre el informe a los padres y la evaluación final que como profesionales realizaremos en los equipos docentes. Por otro lado, en el equipo docente se decidirá la forma más adecuada de actualizar el programa, es decir de incorporar al programa del alumno la evaluación final de curso, no el informe a los padres.

La temporalización de las reuniones de evaluación se expone en el calendario realizado a comienzos del mes de Mayo, teniendo en cuenta las siguientes cuestiones básicas:

- Las reuniones han de ser ágiles. A esto tiene que ayudar mucho las aportaciones por escrito, ya que si está claro lo que se expone, no hay que perderse en divagaciones.
- Si las sesiones las hemos organizado para un número de niños determinado, tendremos que cumplir los objetivos previstos.
- Tendremos que racionalizar la reunión, de manera que no dediquemos mucho tiempo a los primeros y después los últimos los pasemos rápidamente.
- Puede pasar el caso contrario, pero si en vez de cinco sesiones de evaluación se puede realizar la evaluación en cuatro porque está resultando ágil la evaluación, no hay problema. Pero que esto no sea en detrimento de realizar una evaluación adecuada del alumno.

Cuando haya que realizar el informe final o, en su caso, trimestral, los programas realizados serán evaluados en un solo informe con las aportaciones de todos los profesionales. Según el nivel de los alumnos se elaborará un informe anual o trimestral que será entregado a los padres personalmente o, en su defecto, enviado por correo.

En cualquier momento en que la elaboración, ejecución o seguimiento de los programas implique una incidencia organizativa, deberá consultarse con la Jefatura de estudios para que arbitre las medidas necesarias.

Evaluación de la Programación General.

Esta evaluación se realizará, trimestralmente, por ciclos y en ella se tratará de la evaluación trimestral del plan de actuación del equipo docente de ciclo: esta evaluación será realizada por el equipo docente con la asistencia de la Junta Técnica y la Gerencia del Centro, y en ella también se incluirán los siguientes aparatos:

- Revisión de los agrupamientos.
- Posibles mejoras organizativas.
- Valoración de la organización general de comedor y autobús.
- Otros asuntos de interés para el Equipo Docente o Junta Técnica.

El cronograma de estas reuniones y el orden del día será realizado por el Equipo Directivo Docente con el visto bueno de la Junta Técnica y en coordinación con el Equipo Docente correspondiente.

3.- ORGANIZACIÓN y SERVICIOS

3.1.- REGLAMENTO DE REGIMEN INTERNO (RRI).

El centro educativo consta de un documento que regula el funcionamiento y la organización en un centro escolar. A disposición de la Comunidad Educativa. Es el conjunto de normas, instrucciones y sanciones que regulan la vida dentro de una institución educativa. Como todo reglamento, su objetivo fundamental es regular la convivencia de las personas y garantizar la paz, a través de un código de conducta adaptado al entorno.

El plan de convivencia está elaborado por la Comunidad Educativa, incluyendo un conjunto de normas de conducta, son de obligado cumplimiento.

DIFERENTES ASPECTOS A TENER EN CUENTA:

- No se permiten en el aula objetos (juguetes o dispositivos electrónicos) que interrumpen la dinámica escolar
- El Centro Educativo no se hace responsable de la pérdida o rotura de estos elementos.
- Cualquier dispositivo de grabación de imágenes, está terminantemente prohibido su uso dentro del colegio.
- Se fomentará la convivencia entre los miembros de la Comunidad Educativa.
- El centro cuenta con una normativa de conducta propia.
- No creemos que los problemas de conducta que presentan los alumnos sean sancionables, pero si hay que intervenir sobre ellos.
- Las personas que presentan disconductas serán tratadas según los criterios

recogidos en el Reglamento de Régimen Interno.

USO DE MÓVILES. Los móviles de los alumnos en horario escolar permanecerán en un espacio habilitado para ello y en silencio. Si necesitan contactar con urgencia con el alumno en horario escolar, utilicen los teléfonos habilitados para ello.

3.2.- SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Costes del servicio complementario curso 2023/2024:

- Comedor **5,84 € por día.**



- Transporte **11,22 € por día.**



Las ausencias esporádicas en dichos servicios complementarios no tienen derecho a devolución. Sólo se considerarán éstas cuando sean superiores a 5 días hábiles consecutivos y se presente la solicitud de devolución acompañada de los justificantes de las ausencias.

* Se gestionarán las becas de manera individual con la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid y MEFP.

3.2.1.- TRANSPORTE ESCOLAR

Es voluntario y se ofrece para facilitar el traslado del alumnado al centro.

El coste del servicio de transporte será aprobado en Consejo Escolar al final del cada curso lectivo, siendo La Titularidad quien propondrá el coste del mismo a la Administración, solicitando la familia las ayudas para cubrir el servicio, además de las gestiones que realiza el centro para buscar otros medios y recursos adicionales.

Se iniciará a partir del primer día de clase, en los horarios y puntos de ruta establecidos con cada familia.

En los meses de septiembre y junio el transporte escolar funcionará igualmente con el horario establecido.

Es **IMPORTANTE** ser puntuales en la entrada y recogida de sus hijos, ya que redundará en el beneficio de todos.

La solicitud del servicio a través de la matrícula supone el CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE LAS PRESENTES NORMAS GENERALES, LAS NORMAS ADMINISTRATIVAS, así como el PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE IMPAGOS.

3.2.2.- COMEDOR

Es un servicio voluntario y se ofrece para atender las necesidades básicas del alumnado y se adquieren normas sociales en relación a la comida y a la mesa.

El coste del servicio de comedor será aprobado en Consejo Escolar al final de cada curso lectivo, siendo La Titularidad quien propondrá el coste del mismo a la Administración, solicitando la familia las ayudas para cubrir el servicio, además de las gestiones que realice el Centro para buscar otros medios y recursos adicionales.

Las familias serán las responsables de avisar al menos con un día de antelación (para aquellos casos en los que se sepa previamente: citas médicas, pruebas, ...) que no va a hacer uso del servicio de comedor.

En caso de enfermedad o imprevistos a lo largo de la noche o de **madrugada, llamar al centro educativo o centralita informando de que vuestro hijo no va a asistir al colegio.**

Los alumnos con intolerancia o alergia a alimentos, lo comunicarán al centro por escrito o presentando el informe del dietista-nutricionista para que el servicio de cocina proporcione la dieta adecuada.

En caso de necesitar una dieta "blanda", se iniciará en el mismo día que se comunique por escrito, dicha dieta se hará durante tres días como máximo, si la familia lo solicitase para más días deberá presentar informe del facultativo.

Los alumnos que requieran una dieta específica: adelgazamiento, diabetes, celíacos, colesterol, ... deberán traer la prescripción facultativa para proporcionársela al servicio de cocina para que la elabore y supervise la dietista.

Se informará a las familias del menú mensualmente.

3.3.- MATERIAL ESCOLAR

La enseñanza es gratuita, no así los materiales que se utilizan en un centro educativo.

La Fundación Instituto San José lleva a cabo diferentes proyectos para que se

puedan subvencionar todos los materiales necesarios, otros podrán ser solicitados a las familias en momentos muy puntuales y éstas podrán solicitar beca de material escolar a la Administración pública, debiendo revertir la misma al colegio para sufragar costes de material.

3.4.- ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS

Las salidas serán de **CARÁCTER VOLUNTARIO**.

Salidas complementarias al currículum: Este tipo de salidas, requiere una información previa por parte del tutor y/o equipo directivo, siendo necesaria autorización por escrito para que el alumno pueda participar, sin este requisito no saldrá del centro.

Se harán por clases, grupos reducidos, o la realizarán aquellos alumnos que realmente se beneficien de ella según criterio de su tutor correspondiente; irán acompañados por éste y del personal educativo necesario.

Los alumnos que no realicen la actividad programada bien por decisión de las familias bien porque sus circunstancias personales lo impidan, serán distribuidos en otras aulas recibiendo la atención correspondiente.

Para todas las salidas que se realicen, existe una norma fundamental: Aquellos alumnos/as que, por sus características individuales en el momento de realizar la actividad programada con antelación, se encontraran en situación crítica, suponiendo un riesgo su participación en cuanto a su integridad física y/o la de sus compañeros en ese momento puntual, no participará de dicha actividad.

3.5.- HORARIOS

Criterios pedagógicos para la elaboración del horario de alumnos.

Para la elaboración de los horarios de los alumnos se han seguido los siguientes criterios:

- Búsqueda del máximo respeto a las características del alumnado (edad, necesidades educativas, ritmos de aprendizaje y otras)
- Optimización de los recursos humanos disponibles, buscando la máxima eficacia (tiempos de atención, distribución de tareas, etc.)
- Atención a distintas áreas de trabajo, modelos de enseñanza, actividades planificadas, etc.
- Adecuación a los espacios y recursos materiales disponibles.

- Organización de grupos flexibles con actividades comunes en algunas áreas relevantes como lenguaje y matemáticas para un mejor aprovechamiento de la asignatura o bien en Educación física o plástica.
- Turnos y sectores de patios y comedores.

En cuanto al horario general de mañana, el horario es de 10:00 a 12:20h, y el recreo de 12:20 a 12:50 h. para pasar posteriormente a trabajar autonomía en el propio comedor.

El horario de tarde se ha visto adecuado para el desarrollo de las actividades conjuntas, debiendo observar con mayor celo la preparación inmediata de aquellas actividades que requieran mayor organización en cuanto a espacios y materiales (Educación Física, TIC y Ocio, Tiempo Libre), con lo que queda configurado de la siguiente manera de 15:30 a 17:00 h.

El horario para el curso 2023/2024 queda aprobado de la siguiente manera:

Siguiendo el calendario oficial del Curso remitido y dispuesto por la Consejería de Educación.

. Horario lectivo:

- Jornada lectiva Aulas turno de mañana: de 10 a 13:30 h.
- . Incluyendo el Programa de Autonomía. de 10 a 10:30 h. y de 13:00h a 13:30h.
- Tras aprobación del consejo escolar se suprime el horario con el Programa de Ocio y Tiempo Libre de 14:30 a 15:30h
- Jornada lectiva Aulas turno de tarde: de 15:30 a 17:00 h

3.6.- ESCENARIOS DE INTERVENCIÓN CURSO 2023-2024 COVID-19

PRINCIPIOS GENERALES

Aunque en estos momentos no existe alarma sanitaria en los centros educativos, el CCEE Instituto San José prosigue con algunas de las medidas al estar en ubicado en un Centro Socio-Sanitario. Por ellos, siguiendo las instrucciones del Gobierno de la Comunidad de Madrid que ha planteado, desde el primer momento, un inicio con normalidad como la situación sanitaria lo permite, nos basaremos en el escenario de Normalidad, garantizando las medidas de higiene y prevención establecidas por las autoridades sanitarias.

Por todo ello seguimos las instrucciones recogidas en el Real Decreto 286/2022, de 19 de abril, por el que se modifica la obligatoriedad del uso de mascarillas durante la

situación de crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/educacion/rh20/rh20_covid_20220420_masc.pdf

Sin embargo, debe tenerse en cuenta la obligatoriedad de su uso en el transporte escolar, así como la recomendación de su uso para la protección de las personas vulnerables. Las RECOMENDACIONES GENERALES FRENTE AL COVID-19 PARA EL ÁMBITO EDUCATIVO de la Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad (07.09.2022)

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/prev/recomendaciones_grales centros educativos covid-19_07sep2022.pdf

Así como, la ORDEN 576/2022, de 21 de abril, de la Consejería de Sanidad, por la que se modifica la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, por la que se establecen medidas preventivas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

https://www.bocm.es/boletin/CM_Orden_BOCM/2022/04/22/BOCM-20220422-1.PDF

Además, de la Orden 1244/2021, de 1 de octubre, de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen medidas preventivas para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/educacion/rh20/rh20_o1244_2021_consejeria_sanidad.pdf

Medidas adoptadas PLAN DE CONTINGENCIAS en el colegio ante el Covid-19

El Equipo Docente tiene presente el documento elaborado que recoge las medidas y recomendaciones que tiene que llevar a cabo toda la Comunidad Educativa dentro del centro escolar, recorriendo espacios, actividades educativas, complementarias y servicios complementarios que ofrece la Institución, ateniéndose a la normativa vigente a nivel estatal y territorial, junto con las recomendaciones de organismos públicos y a la Organización Mundial de la Salud. Se proponen medidas excepcionales para la incorporación de los alumnos/as de manera gradual, siguiendo pautas y criterios establecidos por las Administraciones y de la propia FISJ.

Los protocolos establecidos en la FISJ, siguiendo la Normativa Vigente, serán de rango mayor para poder responder a las características higiénicas y sanitarias de los alumnos y profesionales del centro educativo. (Comisión Covid-19 FISJ). Todos los materiales se transformarán a lectura fácil para que el alumnado del centro acceda a aquellos contenidos que han sido resumidos y realizados con lenguaje sencillo y claro, de forma que puedan ser entendidos, incluyendo **imágenes, dibujos**

o **pictogramas**, que hacen una asociación de ideas más fácil de comprender el contenido que se está leyendo. Todo ello para facilitar la accesibilidad cognitiva.

PLAN DE CONTINGENCIAS.

https://fundacioninstitutosanjose.com/wp-content/uploads/2021/09/PLAN-DE-CONTINGENCIAS_PROTOCOLO-COVID-COLEGIO_final_sep-2021.pdf