

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud
Osasun Zientzien Fakultatea

El rol de la enfermera escolar en un Centro de Educación Especial

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Autor: Irati Cadenas De Miguel
Director académico: Raquel Sáenz Mendía

Mayo, 2021

RESUMEN: La discapacidad intelectual es un fenómeno creciente que afecta a todas las esferas de la vida, entre las que se incluye el ámbito de la salud. Los objetivos del desarrollo integral de estas personas apuestan por la potenciación de sus capacidades y el fomento de su autonomía personal. Junto con la familia, la escuela desempeña un papel fundamental en la adquisición de competencias y habilidades para la vida. La finalidad del presente trabajo es disponer de la mejor evidencia científica respecto a la efectividad de la intervención de enfermería dirigida al alumnado de centros de educación especial. En este sentido, la participación de enfermería en el equipo interdisciplinar contribuye a potenciar el desarrollo de estas personas y prevenir posibles complicaciones de salud.

PALABRAS CLAVE: Discapacidad intelectual, enfermería escolar, educación especial, promoción de salud, competencias en salud.

ABSTRACT: Intellectual disability is a growing phenomenon that affects all spheres of life, including health. The objectives of the integral development of these people bet on the enhancement of their capabilities and the promotion of their personal autonomy. Together with the family, the school plays a fundamental role in the acquisition of competencies and skills for life. The aim of the present study is to provide the best scientific evidence regarding the effectiveness of nursing intervention aimed at students in special education centers. In this sense, the participation of nurses in the interdisciplinary team contributes to enhance the development of these people and prevent possible health complications.

KEY WORDS: Intellectual disability, school nursing, special education, health promotion, health competencies.

NÚMERO DE PALABRAS: 10556

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría agradecer de manera muy especial a Raquel Sáenz Mendía su labor como directora de este proyecto. Por sus oportunos y acertados consejos tanto a nivel metodológico, como a nivel personal. También por su total disponibilidad y rapidez en encontrar espacios para corregir mi trabajo, mostrando siempre una brillante implicación en sus tareas como docente.

La propuesta práctica de este TFG se ha llevado a cabo en el Centro de Educación Especial Isterría y se incorpora a su proyecto de innovación educativo del Gobierno de Navarra. La realización del mismo no hubiera sido posible sin su colaboración, su gran amabilidad y entrega. Nos han abierto las puertas de su centro y de su experiencia. Me siento enormemente agradecida.

También me gustaría agradecer a todas aquellas asociaciones y entidades que con su trabajo y dedicación, me han facilitado la investigación de este proyecto. Me faltarían días en la vida para agradecer a la Asociación ANFAS todo lo que me ha enseñado y me enseña cada día. Este trabajo ha sido motivado por cada una de las personas que pertenecen a esta gran familia y que me han cambiado la vida.

Por último, gracias a mis amigos y familia, en especial a mis abuelos, que han supuesto y suponen en todo momento un apoyo constante, ayudándome a superar todos los obstáculos de este gran proyecto .

ÍNDICE

1.-INTRODUCCIÓN	1
2.- OBJETIVOS	4
3.- MATERIALES Y MÉTODOS	5
4.- DESARROLLO	7
4.1 DISCAPACIDAD	7
4.2 DISCAPACIDAD INTELECTUAL	8
Definición	8
Dimensiones de la discapacidad intelectual	8
Clasificación de la discapacidad intelectual	10
Necesidades y apoyos asistenciales de las personas con DI	11
4.3 IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD EN EL BIENESTAR Y LA CALIDAD DE VIDA	16
4.4. EDUCACIÓN INCLUSIVA. ALUMNADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.	18
Concepto	18
Centros de Educación Especial	21
Situación en España	22
Situación en Navarra	26
4.5 COMPETENCIAS EN SALUD INTEGRADAS EN EL CURRÍCULO ESCOLAR	27
Ámbitos y problemas de salud	27
Competencias en salud. Definición	28
Determinación de competencias para cada ámbito de salud. COMSAL (2016)	29
4.6 RED SHE. ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD	31
4.6 ENFERMERÍA ESCOLAR	33
Definición	33
Historia	33
Situación actual en España	33
Enfermería escolar en Centros de Educación Especial	34
Funciones y competencias	34
Enfermería en CEE Isterria	35
5. DISCUSIÓN	37
6. CONCLUSIONES	40
7. PROPUESTA TEÓRICA	41

ANEXO I: ACTIVIDADES LLEVADAS A CABO EN CEE ISTERRIA	43
ANEXO II. RECURSOS VISUALES ISTERRIA	48
ANEXO III. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	57
ANEXO IV. TABLA 13. DEFINICIÓN DE LAS SUBCOMPETENCIAS PARA CADA ÁMBITO DE SALUD	58
ANEXO V. ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	59
ANEXO VI. MARCO NORMATIVO	61
BIBLIOGRAFÍA	62

1.-INTRODUCCIÓN

La discapacidad es un término general definido por la Organización Mundial de la Salud, OMS (1980) como: *“fenómeno complejo que refleja la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad y factores personales y ambientales. Abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales”*.

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la discapacidad puede considerarse física o motora, sensorial, psíquica e intelectual. La definición más extendida de esta última es la aportada por la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD): *La discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento cognitivo como en conducta adaptativa tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas conceptuales, sociales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años* (Luckasson y Cols, 2011).

La discapacidad intelectual es un fenómeno creciente. Gracias a los avances científicos, la supervivencia de niños pretérmino con procesos orgánicos que condicionan el funcionamiento físico ha aumentado. A su vez, el desarrollo de estilos de vida más saludables, han permitido incrementar la esperanza y la calidad de vida de este colectivo. Según los últimos datos del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2018), en España son ya 266.379 las personas con discapacidad intelectual reconocida. Esta discapacidad, a menudo se asocia a enfermedades y problemas de salud como parálisis cerebral, epilepsia o alteraciones de conducta.

Los objetivos del desarrollo integral de estas personas apuestan por la potenciación de sus capacidades y el fomento de su autonomía personal, tanto a nivel individual, como colectiva, incluyendo a su familia y cuidadores. En este contexto, surgen los equipos interdisciplinares formados por múltiples profesionales del ámbito educativo, sociosanitario, rehabilitador, etc... en el que se incorpora la enfermería como profesional cooperante del proceso.

La educación es uno de los elementos fundamentales para el progreso de la sociedad. La Declaración de los derechos del niño reconoce que “El niño tiene derecho a recibir educación [...] Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social y llegar a ser un miembro útil de la sociedad”. (ONU, 1959). La Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2007) reconoce el derecho de estas personas a una educación inclusiva que permita el desarrollo pleno de su potencial humano, de su dignidad y autoestima.

El Sistema Educativo Español cuenta con numerosos Centros de Educación Especial (CEE) para atender a Alumnos Con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE). Esta modalidad educativa está regulada por el Real Decreto 334/1985 de Ordenación de la Educación

Especial. Dicha escolarización es ofrecida cuando los centros ordinarios no pueden proporcionar los apoyos y recursos que requieren las características y necesidades del alumnado. En los CEE se imparte la educación básica adaptada a las cualidades particulares de cada alumno, persiguiendo el desarrollo intelectual y de la autonomía, la inclusión social y laboral y potenciando su calidad de vida.

La nueva ley de educación aprobada por el Congreso de los Diputados, Ley Orgánica de Modificación de la Ley Orgánica de Educación (LOMLOE), introduce cambios en la escolarización de estos alumnos con necesidades educativas especiales y en los centros de educación especial. La LOMLOE (2020), también conocida como Ley Celaá, pretende garantizar que “los centros ordinarios cuenten con los recursos necesarios” para atender a los alumnos con necesidades educativas especiales y que los centros de educación especial “desempeñen la función de centros de referencia y apoyo”, sin indicar el cierre de los mismos.

Tanto la educación como la sanidad, son considerados dos de los pilares fundamentales para el desarrollo de los niños, y de la sociedad en general. Por ello, es esencial el trabajo conjunto de ambas áreas, siendo los centros educativos los mejores escenarios para lograrlo, considerando la escuela como promotora de salud, en la cual se incluya la prevención, promoción y asistencia de la salud. Hoy en día, la presencia de enfermería en las escuelas integrada en un equipo interdisciplinar, es reclamada para dar respuesta a la evolución de nuestra sociedad y los problemas sanitarios de la misma.

De acuerdo con el Consejo General de Enfermería (CGE), se considera «imprescindible» que la plantilla de profesionales de los centros educativos de España cuente con, al menos, una enfermera. Para el presidente del CGE, Florentino Pérez Raya, las enfermeras, además de la labor asistencial, tienen una función clave en la promoción de hábitos saludables y prevención de enfermedades.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) también reconoce que las enfermeras tienen gran importancia en la pronta detección e intervención de los alumnos, y deben participar tanto en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como en la docencia y el asesoramiento sobre programas para las personas con discapacidad y sus familias. La asistencia prestada a estos pacientes supone no sólo aprender a manejar la discapacidad intelectual, sino también lograr un óptimo grado de independencia, adoptar estilos de vida saludables, así como prevenir problemas y complicaciones, y lograr, a su vez, la integración en el medio social en el cual se desenvuelven. Las personas con discapacidad, además de tener mayores necesidades de atención sanitaria por los numerosos problemas de salud asociados (como pueden ser la epilepsia, parálisis cerebral, enfermedades neurodegenerativas, distrofias musculares, etc...) presentan características particulares que limitan su afrontamiento y dificultan el acceso a los servicios de salud, afectando a niveles emocional, físico y social de la persona.

En este contexto, es esencial la planificación de cuidados y servicios destinados a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad siguiendo una perspectiva integradora del ámbito de la salud como el social y educativo.

De acuerdo con lo planteado, el objetivo de la oferta de la atención sanitaria en estos centros consiste en garantizar una atención continua, personalizada y especializada a las características de cada alumno. Por ello, es indispensable la figura de la enfermera escolar

dentro de un equipo multidisciplinar, que permita realizar un seguimiento sanitario de los alumnos. Así podemos mejorar de manera integral el desarrollo de su actividad escolar, sin que ésta se vea limitada por su estado de salud, y lograr una mayor integración en la sociedad.

El profesional de enfermería ya lleva más de una década integrados en la comunidad educativa de estos centros, sin embargo, este perfil profesional y las actividades que desarrollan son sumamente desconocidas, incluso por los propios profesionales sanitarios.

Estas cuestiones y necesidades encontradas justifican este trabajo, cuyo interés es mostrar la labor fundamental que desempeña la enfermería en este contexto educativo así como identificar las funciones y competencias que realiza para dar respuesta a las necesidades de salud que requieren los alumnos con discapacidad intelectual desarrollando su trabajo dentro de un equipo interdisciplinar.

En concreto, en este trabajo ha contado con la colaboración del Centro de Educación Especial Isterría, pionero en Navarra y uno de los centros integrantes de la Red de Escuelas para la Salud (SHE). Este centro cuenta con un plan sistemático y estructurado que promueve la salud y el bienestar, tanto del alumnado como del personal. Este plan tiene como objetivo el incremento de control de las personas y comunidades implicadas en el proceso de aprendizaje sobre su salud.

2.- OBJETIVOS

Objetivo general.

-Presentar las intervenciones de promoción de salud llevadas a cabo en un centro de educación especial integradas en el currículo ordinario coordinado por la enfermera del centro escolar.

Objetivos específicos.

- Conocer el ámbito de la discapacidad y su incorporación en el sistema educativo.
- Estudiar las competencias de salud que se intercalan en el currículo escolar.
- Visibilizar acciones de promoción de salud que se están llevando a cabo en distintos Centros de Educación Especial.
- Identificar la labor de la Enfermera Escolar en la actividad diaria en un centro educativo de estudiantes con discapacidad intelectual.
- Presentar una propuesta de colaboración con el CEE Isterria.

3.- MATERIALES Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica exhaustiva de la literatura científica, revistas tanto del ámbito nacional como internacional, guías de práctica clínica, asociaciones dentro del ámbito nacional, buscadores científicos... sobre el papel de la enfermería escolar dentro de los Centros de Educación Especial, prestando especial interés en las necesidades sanitarias de los alumnos con discapacidad intelectual y en la historia de la figura de la enfermera escolar así como su papel esencial.

En un primer lugar se realizó una búsqueda general en las bases de datos Pubmed, Dialnet, Cuiden y el buscador Google académico utilizando términos como “discapacidad”, “discapacidad intelectual”, “enfermería escolar”, “centros de educación especial”, “enfermería y discapacidad intelectual”, “enfermería escolar en España”.

Tras esta primera toma de contacto, se comenzó una búsqueda más específica de datos en centros concretos del ámbito nacional y autonómico, publicaciones más actuales y recientes, con el objetivo de recoger información respecto a la atención sanitaria de niños con discapacidad intelectual, funciones de la enfermería escolar y la historia de implantación de la misma en nuestro país y comunidad foral.

Como bases de datos y buscadores científicos se han utilizado Cuiden Plus, Scielo, Pubmed, Dialnet, Cinahl y Cochrane mediante los tesauros Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs), Medical Subject Headings (MeSH) y el operador booleano “AND”. Se han revisado numerosas revistas del ámbito internacional como “British Journal of Learning Disabilities”, “National Association of School Nurses” así como revistas de enfermería nacionales “Metas de Enfermería”, “Nure Investigación”. Los criterios de inclusión de la búsqueda han sido publicaciones de los últimos 15 años escritas tanto en español como en inglés y que incluyesen texto completo.

Por último, para finalizar la búsqueda he consultado información en el Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra (CREENA) y asociaciones nacionales como AMECE (Asociación Madrileña de Enfermería en Centros Educativo) y asociaciones para personas con discapacidad intelectual de nuestra comunidad como “ANFAS”, “Plena Inclusión”, “Aspace” y “Down Navarra”.

El siguiente diagrama de flujo muestra los filtros utilizados para la selección de la bibliografía:

DIAGRAMA DE FLUJO

BÚSQUEDA: "nursing" AND "disability", "intellectual disability" AND "nursing", "intellectual disability" AND ("teen" OR "child") AND "nursing", "intellectual disability" AND "health", "enfermería" AND "discapacidad", "discapacidad intelectual" AND "cuidados" AND "enfermería", "salud familiar" AND "discapacidad", "discapacidad" AND "familia", "salud escolar", "salud escolar" AND "discapacidad", "competencias salud", "promoción de salud" AND "escuela".

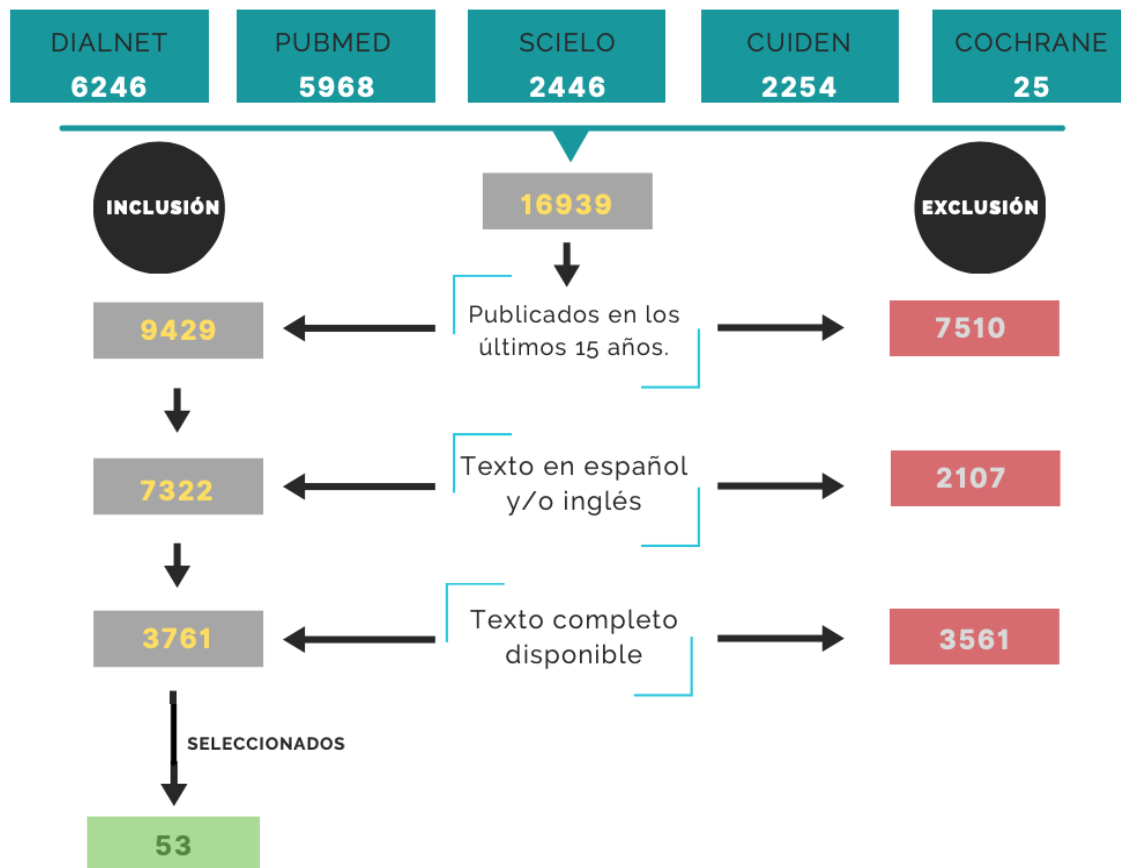


Figura 1. Diagrama de flujo. Fuente: Elaboración propia.

4.- DESARROLLO

4.1 DISCAPACIDAD

El término genérico “discapacidad” comprende las deficiencias, las limitaciones para realizar actividades y las restricciones de la participación. Por ello, para entender la discapacidad debemos entender también los siguientes conceptos:

- La **enfermedad** es una alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible. Es una situación intrínseca.
- La **deficiencia** es la pérdida o anomalía de una estructura corporal o de una función fisiológica; entendiéndose como anomalía a la desviación significativa respecto a la norma estadística establecida. Es decir, es la exteriorización de las consecuencias de la enfermedad, manifestada tanto en los órganos del cuerpo como en sus funciones.
- La **discapacidad** es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen considerado normal en un ser humano. Es la objetivización de la deficiencia.
- Una **minusvalía** es una situación de desventaja debido a una deficiencia o discapacidad, que dificulta o impide el desempeño de un rol que le es propio al individuo. Supone la socialización del problema creado por la enfermedad y manifestado por la deficiencia o discapacidad.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) publicada por la OMS en 1980 propone el siguiente esquema:



Figura 2. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Fuente: OMS (1980).

De acuerdo con lo planteado, tal y como se recoge en la Figura 2, se considera que una persona con discapacidad es aquella que presenta deficiencias físicas, intelectuales, mentales o sensoriales que limitan o impiden, en la interacción con su entorno, su participación en la sociedad. Es un concepto dinámico muy complejo en el cual afectan numerosos factores a los cuales es necesario atender. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la

Discapacidad y de la Salud (CIF) plantea esta definición, entendiendo dicho concepto no solo como una característica de la propia persona, sino también como un problema social.

4.2 DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Definición

Según la Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD, 2010), “la discapacidad intelectual se caracteriza por limitaciones significativas tanto en el funcionamiento intelectual como en la conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas. Esta discapacidad se origina antes de los 18 años”.

El modelo propuesto por la AADID (Luckasson et al, 2002) representa a la discapacidad intelectual como un concepto multidimensional, compuesto por habilidades intelectuales, conducta adaptativa, salud, participación y contexto, y por una representación del papel que juegan los apoyos en el funcionamiento humano (Figura 3).

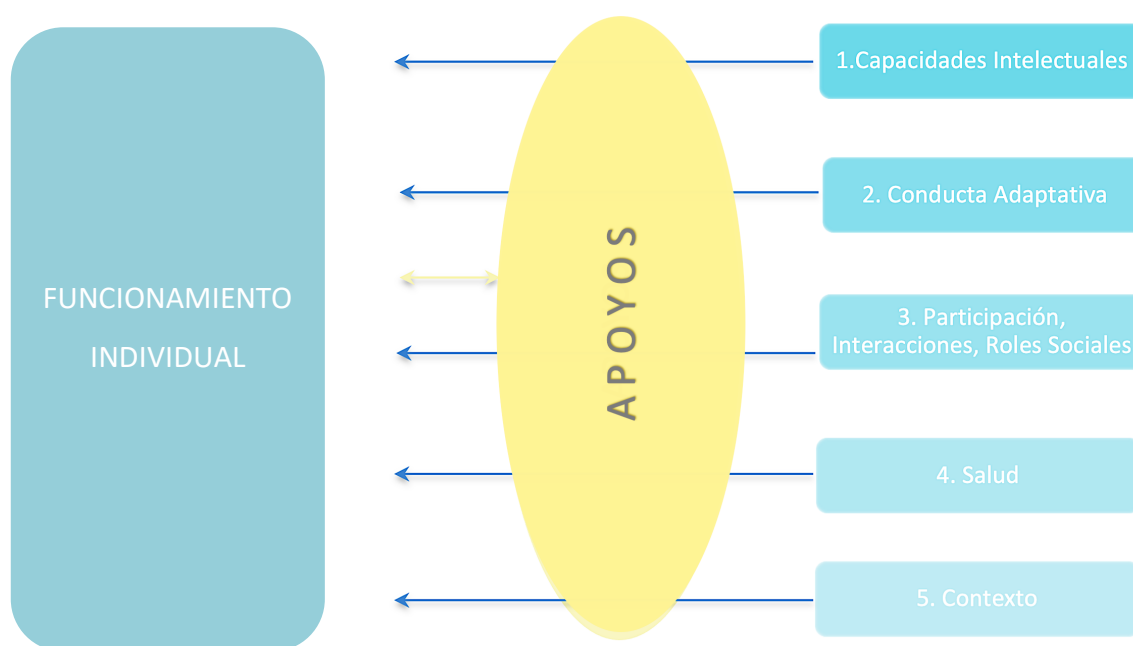


Figura 3. Modelo de discapacidad intelectual. Fuente: Adaptado de Schalock et al (2010).

Dimensiones de la discapacidad intelectual

1. CAPACIDADES INTELECTUALES.

La inteligencia es una capacidad de la mente que permite razonar, aprender, entender, planificar, tomar decisiones, solucionar problemas, entender ideas complejas, formarse una idea determinada de la realidad... La forma de medir la inteligencia es a través de las puntuaciones de Coeficiente Intelectual (CI).

2. CONDUCTA ADAPTATIVA. HABILIDADES CONCEPTUALES.

La conducta adaptativa hace referencia al conjunto de habilidades conceptuales, sociales y prácticas que el individuo ha aprendido y que le permiten responder a las circunstancias de la vida diaria (AAIDD, 2010).

-Las habilidades conceptuales incluyen, por ejemplo, tener lenguaje (receptivo y expresivo), lectura y escritura, conocer el concepto del tiempo, número y dinero, así como autodirección.

-Entre las habilidades sociales encontramos las interpersonales, necesarias para lograr establecer interacciones sociales, la responsabilidad social, ingenuidad para solucionar problemas, autoestima, la capacidad de obedecer leyes y evitar la manipulación y victimización, etc...

-Por último, las habilidades prácticas incluyen las actividades de la vida diaria, habilidades ocupacionales como el trabajo o los estudios, la habilidad cuidar de sí mismos, de organizar rutinas y actividades, viajar, manejar el dinero, el teléfono, etc...

3. PARTICIPACIÓN, INTERACCIÓN Y ROLES SOCIALES.

El ambiente donde nos desarrollamos, crecemos y socializamos nos permite ejercer determinados roles en situaciones concretas a lo largo de nuestro ciclo vital. Las personas con discapacidad intelectual participan y asumen también estos roles valorados. La lucha por los derechos de estas personas promueve y defiende los roles sociales valorados, la interacción normalizada y la participación activa de las personas con discapacidad con el fin aumentar su implicación en la sociedad, de mejorar su calidad de vida y su satisfacción personal.

4. SALUD.

Denominamos salud al estado de completo bienestar físico, mental y social. Cuando conseguimos dicho bienestar, logramos un buen funcionamiento intelectual, una participación social activa y una mejor adquisición de habilidades adaptativas.

Muchas de las personas con discapacidad intelectual mantienen un buen estado de salud, pero otras, en cambio, conviven con patologías o enfermedades asociadas que limitan sus actividades personales y su participación social. En la salud influyen diversos factores como los propios del ambiente donde se desarrollan e interactúan estas personas. Por ello, adaptando dichos ambientes y proporcionando apoyos podemos facilitar su participación.

Las personas con discapacidad pueden tener dificultad para reconocer y comunicar sus problemas de salud, así como para utilizar los servicios sanitarios o seguir tratamientos correctamente.

5. CONTEXTO.

Consideramos el contexto como la interacción entre el individuo con su entorno. Determinando tres niveles de influencia:

- Microsistema: comprende el ambiente social inmediato, la familia.
- Mesosistema, la comunidad, vecindario o los servicios de educación y apoyo.
- Macrosistema incluyendo los patrones culturales, sociales, del país, y las condiciones socioeconómicas.

Considerando esto, es importante promover el bienestar desde los derechos, apoyando las políticas socioeconómicas que mejoren la presencia comunitaria de las personas con discapacidad, logrando así un mayor disfrute de sus derechos, y de su calidad de vida.

Por tanto, la definición aportada de la discapacidad intelectual considera que, dando los apoyos necesarios se logra el desarrollo de sus potenciales, así como la mejora de su funcionamiento. Es importante enriquecer el contexto mediante los recursos y estrategias necesarios considerando las fortalezas de la persona para ayudar a mejorar su funcionamiento. (Wehmeyer, 2008).

La mayor parte de las personas con discapacidad intelectual son consideradas dependientes, y por ello, precisan apoyos para aumentar su autonomía. Es importante detectar, clasificar y evaluar el tipo, la cantidad y la continuidad de los servicios que precisan según sus necesidades a lo largo de toda su vida.

Clasificación de la discapacidad intelectual

Existen numerosas formas de catalogar la discapacidad. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 de la A.P.A. en su 5ª edición (2015) propone una clasificación de la discapacidad intelectual según la gravedad de la misma. Esta gravedad es medida por el funcionamiento adaptativo, que va a determinar el nivel de apoyos que se requiere.

Se distingue entre:

- LEVE: CI 50-70
- MODERADO: CI 35-49
- GRAVE: CI 20-34
- PROFUNDO: CI <20

-Discapacidad intelectual leve: Se incluye al alumnado cuya puntuación del Cociente Intelectual (CI) está por debajo de 75-70, sin llegar a 50-55. Las personas con discapacidad intelectual leve representan aproximadamente el 85% de los casos. Este grado de discapacidad se caracteriza por ligeros déficits sensoriales o motores. En la etapa de educación infantil adquieren habilidades sociales y comunicativas, y en la educación primaria, aprendizajes instrumentales básicos.

-Discapacidad intelectual moderada: Se incluye a las personas con una puntuación del CI comprendida entre 55-50 y 40-35. Suponen el 10% de las personas con discapacidad

intelectual. Las personas con discapacidad intelectual moderada desarrollan habilidades comunicativas durante la infancia y pueden lograr adquirir aprendizajes instrumentales básicos durante la escolarización. Aprenden a desplazarse y orientarse de forma autónoma por lugares familiares, son capaces de preocuparse por su cuidado personal y disfrutan del desarrollo de habilidades sociales.

-Discapacidad intelectual grave: Alumnado cuyo CI se sitúa entre 35-40 y 20-25. Corresponde al 3-4% de la discapacidad intelectual. Durante los primeros años apenas adquieren lenguaje aunque a lo largo de la escolarización pueden aprender alguna habilidad comunicativa. Este grado de discapacidad limita considerablemente la conducta adaptativa en todas las áreas del desarrollo, aunque es posible el aprendizaje de habilidades para el cuidado personal.

-Discapacidad intelectual profunda/pluridiscapacidad: Este grupo se caracteriza por una gran diversidad. En general, estos alumnos presentan la confluencia de alteraciones neurológicas con otras. El CI de estos alumnos está por debajo de 20-25 y comprende apenas el 1-2% del colectivo. Presentan limitaciones en el nivel de conciencia y desarrollo emocional. La habilidad comunicativa es nula o muy escasa con graves dificultades motrices. La autonomía de estos alumnos es muy reducida.

Necesidades y apoyos asistenciales de las personas con DI

La discapacidad intelectual que presentan estas personas se asocia a múltiples patologías, problemas de salud y grados de dependencia que requieren una asistencia continua. Las siguientes tablas aportan una orientación sobre necesidades asistenciales y los apoyos que requieren las características de estas personas agrupadas según el grado de discapacidad intelectual que presentan. Estas características son dinámicas y difieren en intensidad y duración.

Las intervenciones educativas que se llevan a cabo en este ámbito abarca diversas esferas, entre las que se incluyen el fomento de la autonomía, promoción de la salud, desarrollo psicomotor y autocuidados. Teniendo en cuenta la variabilidad de estas personas, resulta fundamental diseñar actividades individualizadas que puedan modificarse y evaluarse en cada situación particular.

A continuación se resumen algunas de las características, las necesidades y los apoyos que presentan las personas con discapacidad intelectual, agrupadas según categorías, para permitir el acompañamiento y desarrollo de las habilidades personales.

Tabla 1. Características, necesidades y apoyos de las personas con DI Leve.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL LEVE	
CARACTERÍSTICAS	NECESIDADES/APOYOS
 <p>CORPORAL Y MOTRIZ</p> <ul style="list-style-type: none"> -No presentan rasgos físicos específicos. -Déficits sensoriales o motores ligeros. 	<ul style="list-style-type: none"> -No requieren apoyos especiales.
 <p>HABILIDADES SOCIALES Y AUTONOMÍA</p> <ul style="list-style-type: none"> -Alcanzan una completa autonomía en las actividades de la vida diaria y hay una implicación efectiva en las tareas. -En ocasiones, baja autoestima y episodios de ansiedad. -Es común que dependan de un adulto para asumir responsabilidades y realizar actividades, tienden a la falta de iniciativa. -Pueden darse situaciones de inadaptación emocional con reacciones impulsivas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Aprendizaje de habilidades concretas mediante programas específicos. -Propiciar la participación en actividades y situaciones que puedan asumirlas con confianza. -Evitar la sobreprotección. Ofrecer el grado de ayuda que posibilite el desarrollo de su autodeterminación. -Búsqueda de entornos sociales adecuados que favorezcan su participación efectiva.
 <p>HABILIDADES DE COMUNICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> -Adquisición del lenguaje siguiendo el modelo de evolución general aunque con cierto retraso. -Dificultad en el desarrollo de habilidades lingüísticas relacionadas con el discurso y habilidades pragmáticas avanzadas o conversacionales. -Dificultad en la expresión y comprensión de estructuras complejas y del lenguaje figurativo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Ajustar el lenguaje al nivel de desarrollo. -Emplear estrategias que beneficien el desarrollo lingüístico. -Facilitar apoyos visuales o gráficos para una mejor comprensión. -Trabajar los procesos de síntesis y análisis del lenguaje.
 <p>HABILIDADES COGNITIVAS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dificultad para mantener la atención, memorizar y recuperar la información. -Dificultad para reconocer los aspectos más relevantes de la información. -Déficit en habilidades metacognitivas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Adaptación curricular considerando las limitaciones de cada persona. -Facilitar la discriminación de la información y el acceso a los núcleos de aprendizaje mediante un vocabulario sencillo y adaptado, instrucciones claras, apoyo visual...

Fuente: Antequera Maldonado, M., Bachiller Otero, B., & Calderón Espinoza, M. T. (2015).

DISCAPACIDAD INTELECTUAL MODERADA

Tabla 2. Características, necesidades y apoyos de las personas con DI Moderada.

CARACTERÍSTICAS		NECESIDADES/APOYOS
CORPORAL Y MOTRIZ	<ul style="list-style-type: none"> -Déficits sensoriales o motores ligeros. -Posibles síndromes asociados. 	<ul style="list-style-type: none"> -No requieren apoyos especiales.
HABILIDADES SOCIALES Y AUTONOMÍA	<ul style="list-style-type: none"> -Grado muy variable de autonomía en actividades de la vida diaria y en el cuidado personal. -Posibles problemas emocionales y rasgos negativos de personalidad. -Escaso autocontrol que deriva en ocasiones en conflictos. -Precisan de un adulto que les pautе y les guіe en las tareas y en su implicación en las mismas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de aptitudes mediante programas específicos. -Crear condiciones ambientales que favorezcan la adaptación. -Empleo de técnicas de modificación de conductas cuando se precisen. -Búsqueda de actividades y entornos que les permitan interactuar socialmente
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo del lenguaje oral con evolución general lenta e incompleta en ocasiones. -Afectación del ritmo y claridad del discurso. -Dificultad en la morfología y gramática del lenguaje. -Uso del lenguaje extralingüístico como compensa a las dificultades comprensivas. -Adquieren niveles de lectura y estructura básicos. -En ocasiones, inhibición del habla. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estimular la comprensión y expresión del lenguaje. -Ajustar el lenguaje al nivel de desarrollo de la persona. -Emplear estrategias que beneficien el desarrollo lingüístico. -Facilitar apoyos visuales o gráfcicos para una mejor comprensión. -Aprendizaje de la lectura, mediante técnicas de lectura funcional si precisa.
HABILIDADES COGNITIVAS	<ul style="list-style-type: none"> -Déficit de funciones cognitivas básicas. -Dificultad para ampliar sus intereses. -Aprendizajes concretos adaptados desde la generalización a contextos concretos. 	<ul style="list-style-type: none"> -Adaptaciones curriculares individualizadas. -Diseñar intencionalmente los contenidos del aprendizaje. -Considerar sus preferencias e intereses. -Emplear técnicas de modelado, encadenamiento o secuenciación. -Uso de estrategias sensoriales, gestuales y orales. -Instruir rutinas y habilidades en sus entornos

Fuente: Antequera Maldonado, M., Bachiller Otero, B., & Calderón Espinoza, M. T. (2015).

DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE

Tabla 3. Características, necesidades y apoyos de las personas con DI Grave.

CARACTERÍSTICAS		NECESIDADES/APOYOS
CORPORAL Y MOTRIZ	<ul style="list-style-type: none"> -Relacionados con metabopatías, alteraciones cromosómicas, biológicas, neurológicas... -Desarrollo motor lento. Manifiesta dificultad para: <ul style="list-style-type: none"> Adquirir conciencia de sí mismo. Conocimiento y control de su cuerpo. Adquirir destrezas motrices complejas. Control de postura y equilibrio en desplazamientos. Realizar movimientos de manipulación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Atender posibles cambios en aspectos de salud. -Desarrollar habilidades motrices siguiendo las pautas evolutivas. -Fisioterapia si precisa. -Instruir rutinas motrices que faciliten desplazamientos.
HABILIDADES SOCIALES Y AUTONOMÍA	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo lento de habilidades de autonomía debido a las destrezas motrices y manipulativas necesarias. -Escasa conciencia de sensaciones corporales relacionadas con la higiene y el aseo. -Poca iniciativa en interaccionar. -Fuerte dependencia de la persona adulta. -Dificultad para el aprendizaje de habilidades sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> -Establecer rutinas, estrategias para instruir habilidades relacionadas con las necesidades básicas de cuidado personal. -Desarrollar la percepción de sensaciones corporales relacionadas con el aseo. -Desarrollar habilidades sociales y de independencia personal adaptadas a las situaciones.
HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Retraso en la adquisición del lenguaje. -Desarrollo fonológico retardado o incompleto. -Significativa dificultad para comprender o adquirir elementos morfosintácticos y léxicos. -Frecuentemente alcanzan el uso funcional del lenguaje con estructuras y léxico muy simples. -En ocasiones no se adquiere lenguaje oral pero puede desarrollar algún sistema de comunicación alternativo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar habilidades de comunicación, haciendo hincapié en la intencionalidad y la función comunicativa. -Desarrollar el léxico y aspectos morfosintácticos. -Aprender un sistema de comunicación alternativo si precisa.
HABILIDADES COGNITIVAS	<ul style="list-style-type: none"> -Alteraciones de las funciones cognitivas básicas en distintos grados. -Trastorno de las funciones metacognitivas. -Dificultad para la simbolización. -Dificultades de asociación causa-efecto. -Dificultades para aprender rutinas. -Dificultad de adaptación a situaciones novedosas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar habilidades de atención, percepción y memoria. -Establecer relaciones causa-efecto de sus acciones. -Desarrollar habilidades de anticipación de sucesos de la rutina.

Fuente: Antequera Maldonado, M., Bachiller Otero, B., & Calderón Espinoza, M. T. (2015).

DISCAPACIDAD INTELECTUAL PROFUNDA

Tabla 4. Características, necesidades y apoyos de las personas con DI Profunda.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL PROFUNDA		NECESIDADES/APOYOS
	CARACTERÍSTICAS	<ul style="list-style-type: none"> -Asistencia médico-farmacológica. -Cuidados a las enfermedades frecuentes asociadas. -Fisioterapia que favorezca las movilizaciones involuntarias, estiramientos, desarrollo de movimientos reflejos... -Cambios posturales. -Hidroterapia para facilitar sensaciones y movimientos.
	CORPORAL Y MOTRIZ	<ul style="list-style-type: none"> -Estado de salud delicado, frecuentes enfermedades. -Anomalías anatómicas y fisiológicas significativas. -Alteraciones neuromotoras, sensoriales. -Dificultades motrices, alteraciones del tono muscular. -Movilidad voluntaria pobre. -Conductas involuntarias no controladas. -Coordinación imprecisa y alteración del equilibrio. -Dificultad de orientación temporo-espacial.
	HABILIDADES SOCIALES Y AUTONOMÍA	<ul style="list-style-type: none"> -Muy escasa o nula autonomía. -Nulo o muy escaso interés en interactuar.
	HABILIDADES DE COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Intencionalidad comunicativa nula o muy escasa. -Ausencia de lenguaje. -En ocasiones logra entender instrucciones muy simples. -No adquieren simbolización.
	HABILIDADES COGNITIVAS	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollar la estimulación sensorial (auditiva, visual, gustativa, olfativa, táctil) y la estimulación basal (somática, vibratoria, vestibular). -Transmitir seguridad, confianza y afecto mediante un clima que facilite su bienestar emocional y afectivo. -Establecer vínculos positivos que impliquen afecto con la persona.
		<ul style="list-style-type: none"> -Nivel de conciencia bajo. -Limitaciones en la percepción sensorial global. -Alteraciones en la capacidad de reaccionar ante estímulos sensoriales. -Desarrollo emocional limitado. -Conciencia de sí mismo limitada.

Fuente: Antequera Maldonado, M., Bachiller Otero, B., & Calderón Espinoza, M. T. (2015).

4.3 IMPACTO DE LA DISCAPACIDAD EN EL BIENESTAR Y LA CALIDAD DE VIDA

El nuevo concepto de discapacidad que aporta una visión integradora de la persona y la relación con el entorno y contexto en el que se desenvuelve, nos lleva a plantear metas orientadas al desarrollo de su calidad de vida. "Calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales, que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos" (Schalock y Verdugo, 2007).

Es decir, se considera calidad de vida a la combinación de las condiciones vitales con la satisfacción personal que experimenta, considerando una serie de valores, expectativas y aspiraciones personales. La calidad de vida incluye aspectos vitales como físicos, fisiológicos o psicosociales. El ser humano es un ser social que necesita de los demás para sobrevivir y desarrollarse, desempeñando distintos roles en la sociedad para alcanzar una adecuada autoestima.

Para lograr una adecuada calidad de vida de las personas con discapacidad, no sólo es necesario destinar programas y recursos específicos, sino que es esencial focalizar dichas acciones en desarrollar su autonomía y poner en práctica una serie de derechos:

-Autodeterminación: La Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) incluye, entre sus principios (artículo 3), el *"respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas"*.

La vida autónoma forma parte de una dimensión importante de la calidad de vida. Lachapelle (2005), examinó la relación entre la autodeterminación y la calidad de vida de 182 adultos con discapacidad intelectual y del desarrollo. El análisis indicó que, en general, la autodeterminación y la calidad de vida se correlacionaban significativamente.

Además, existen evidencias de que las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo pueden volverse más autodeterminadas si se les brinda el apoyo adecuado (Wehmeyer, 2003). Por lo tanto, es esencial reconocer esta necesidad y apoyar a las personas con discapacidad intelectual para que se desarrollen, aprendan a tomar sus propias decisiones, participen en la sociedad y afronten por sí mismas las distintas situaciones de la vida. Para ello es importante crear las condiciones necesarias que posibiliten el desarrollo de esta autonomía.

Sin embargo, hay casos en los que las características y el grado de dependencia de una persona dificultan el desarrollo de este derecho, por lo que son sus familiares o profesionales que trabajan con ellos quienes toman las decisiones acerca de los servicios que reciben. La familia es un elemento constante en la vida de la persona con discapacidad y, por tanto, es quien mejor puede definir sus necesidades y apoyos. En la toma de decisiones intervienen una serie de conceptos éticos. La norma ética general indica elegir una opción intentando maximizar los beneficios y minimizar los riesgos. Por el principio de la autonomía la persona podría rechazar un tratamiento, pero por el de la no-maleficencia, el profesional podría estar obligado a hacérselo. Esto supone una confrontación de valores.

Por otro lado, hay que considerar que todas las personas evolucionan, las necesidades van cambiando a lo largo de la vida y los roles que ocupan en la sociedad también. Es importante promover en las personas con discapacidad este crecimiento personal ligado siempre a la autodeterminación.

-Inclusión: La Convención menciona también que las personas con discapacidad tienen *(artículo 3) “derecho a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad [...] con opciones iguales a las de las demás”, a “elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir”, también a tener acceso “a una variedad de servicios de asistencia domiciliar, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta”.*



Imagen 1. Visión integradora de la discapacidad. Fuente: Centro Pedagógico Kentenich.

El concepto de inclusión supone que todas las personas, con discapacidad o sin ella, tienen el derecho a ser admitidas en sus comunidades, participar en ellas, contribuir y enriquecerla y beneficiarse de esta interacción.

Por tanto, *“Los apoyos y servicios requeridos por el alumnado con discapacidad deben proporcionarse dentro de su comunidad, donde viven, son educados, trabajan o juegan con personas normales”.* (Arc of the United States, 1998).

En nuestra sociedad actual, existen todavía una serie de barreras que dificultan e impiden el desarrollo de la autonomía y la inclusión de las personas con discapacidad en nuestra comunidad. Obstáculos como los prejuicios, la falta de apoyo, indiferencia o rechazo de la discapacidad, falta de accesibilidad estructural en la calle...

Para lograr el pleno disfrute de estos derechos y así favorecer la calidad de vida de esta población, es esencial integrar a estas personas en todos los niveles, procesos de reflexión, toma de decisiones en todos los ámbitos (político, económico y social). Para ello es fundamental apoyar y crear centros de ayuda y formación que fomenten la vida autónoma y productiva, contribuyendo a su participación activa.

También, se hace necesario la modificación y adaptación de nuestro entorno, los parques, calles, viviendas, transporte urbano... para lograr que estén al alcance de toda la población. Además se deben promulgar leyes y legislaciones que favorezcan el acceso a la sociedad de este colectivo. Relativo a la accesibilidad universal, la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) en su artículo 9 señala que “para que las personas con discapacidad puedan vivir de forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes deben tomar las medidas apropiadas para garantizar a

las personas con discapacidad el acceso, en igualdad de condiciones con los demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, las tecnologías y sistemas, así como otras instalaciones y servicios públicos o abiertos al público, tanto en zonas urbanas como en zonas rurales. Estas medidas, que incluirán la identificación y la eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas:

- a. Edificios, carreteras, transporte y náuticos, lagos y instalaciones al aire libre, como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y los lugares de trabajo;
- b. Información, comunicaciones y otros servicios, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.”



Imagen 2. Diseño para todos, accesibilidad universal y supresión de barreras arquitectónicas. Fuente: Accessibility4all.

Asimismo, otro aspecto fundamental para aumentar su calidad de vida, es ayudar y apoyar a estas personas a enfrentarse a los cambios de vida que requieren para adaptarse. Los profesionales de la salud juegan un papel fundamental en el proceso de adaptación, donde deberán trabajar de manera interdisciplinar con otras áreas. Las enfermeras que trabajan con personas con DI deben adquirir experiencia y conocimientos que les permita mostrar a la sociedad aspectos sobre la discapacidad, sus derechos y deberes, las necesidades que presentan y las diferentes maneras de ayudar en su crecimiento y apoyar su desarrollo personal, laboral y social. El principal objetivo es sensibilizar a la comunidad, para que las personas con discapacidad se involucren en todos los procesos de la vida cotidiana, social, laboral y política, incluyendo también los servicios de salud. A medida que esto se vaya logrando, se estará mejorando la calidad de vida de estas personas.

4.4. EDUCACIÓN INCLUSIVA. ALUMNADO CON NECESIDADES EDUCATIVAS ESPECIALES.

Concepto

Hablar de inclusión es hablar de educación para todos. “Toda persona tiene derecho a la Educación”. La educación “tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana”. (Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 26. ONU. 1948). La educación es una parte fundamental de la vida de cualquier persona, es un derecho de todo ser humano. La Declaración de los derechos del niño reconoce que “el niño tiene derecho a recibir educación

[...] Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social y llegar a ser un miembro útil de la sociedad” (Declaración de los Derechos del Niño, art. 7; ONU. 1959).

La Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU reconoce el derecho de estas personas a una educación inclusiva que permita el desarrollo pleno de su potencial humano, de su dignidad y autoestima. La educación es un aspecto fundamental para progresar hacia una vida plena que incluya decisiones libres, aspiraciones e igualdad de oportunidades. Educar consiste en dotar a las personas de estrategias y conocimientos que les permitan, con los apoyos necesarios, construir y defender su proyecto vital personal en un entorno justo, contribuyendo a la riqueza humana y a la transformación de la sociedad.

La educación de las personas con discapacidad intelectual debe orientar la educación-formación de la persona desde una perspectiva integral, teniendo en cuenta tanto la dimensión social como la académica. Es imprescindible incluir la enseñanza de habilidades académicas, personales y sociales, de una manera activa y participativa, teniendo siempre presente las capacidades y necesidades más que las limitaciones de cada persona.

Para valorar las necesidades educativas especiales de alumnos y alumnas con Discapacidad Intelectual, el currículo ordinario constituye el elemento básico de referencia. Es fundamental reconocer y determinar lo que cada alumno precisa, según sus características personales y ambientales, sobre la base de su nivel de competencia.

La educación especial comprende *“el conjunto de recursos tanto personales como materiales de que dispone el sistema educativo para satisfacer las necesidades educativas que de forma transitoria o permanente pueden presentar los alumnos para optimizar su proceso de desarrollo . Se rige por el principio de integración e individualización dentro del ámbito educativo.”* (García, E. G. 2009).

Las necesidades educativas las clasificamos en los siguientes bloques, en función de cada una de las dimensiones de la persona con Discapacidad Intelectual:

1. NECESIDADES DEL FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Incluyen necesidades derivadas de las características de la inteligencia conceptual. Los alumnos con discapacidad intelectual puede presentar alteraciones en las siguientes capacidades implicadas en habilidades intelectuales:

- La atención y memoria.
- El control conductual y la metacognición.
- El procesamiento de la información.

2. NECESIDADES DE LAS HABILIDADES ADAPTATIVAS

Pueden presentar dificultades de distinto grado en:

- La comunicación: habilidades de comprensión y expresión de información tanto en el lenguaje como en comportamientos no simbólicos.
- Autocuidado: habilidades involucradas en el aseo, la higiene, apariencia física o alimentación.

- Habilidades de la vida diaria: relacionadas con el funcionamiento del hogar, interacciones sociales, comportamientos dentro de la comunidad.
- Habilidades sociales: relacionadas con el intercambio social con otras personas, reconocimiento de sentimientos, autorregulación del comportamiento, adecuación de la conducta...
- Habilidades de autodeterminación: implicadas en la toma de decisiones, resolución de problemas y situaciones.
- Habilidades funcionales: relacionadas con aprendizajes académicos y cognitivos.
- Ocio y tiempo libre: desarrollo de una variedad de intereses y preferencias personales en el desarrollo de su ocio y tiempo libre. Incluye la iniciativa, utilización y disfrute de las posibilidades en este campo.
- Trabajo: habilidades laborales específicas, comportamiento social apropiado.

3. NECESIDADES DE LA PARTICIPACIÓN, INTERACCIÓN Y ROLES SOCIALES

Esta dimensión está condicionada por las oportunidades específicas de cada alumno.

- Participación: supone la implicación de la persona en la ejecución de tareas. La ausencia de participación puede ser causada por falta o dificultad de accesibilidad de recursos y servicios. Ésta ausencia limita la adquisición de roles sociales.

4. NECESIDADES DE SALUD

Los problemas de salud del alumnado con D.I., no difieren significativamente de los que puedan presentar el alumnado sin dicha discapacidad, pero sus efectos resultan ser diferentes, debido a las limitadas habilidades de afrontarlos como:

- La dificultad de reconocer los síntomas que indican un problema de salud.
- La dificultad para describir los síntomas, dificultando el diagnóstico.
- Falta o escasa colaboración en el examen físico.
- La confluencia de múltiples problemas de salud, que dificultan el reconocimiento de los síntomas.
- La influencia de alteraciones previas no relacionadas con los síntomas del problema de salud que evalúan.

5. NECESIDADES DEL CONTEXTO

Las características ambientales constituyen un aspecto importante de la nueva conceptualización de la D.I. Los entornos saludables tienen tres características principales: proporcionan oportunidades, fomentan el bienestar y promueven la estabilidad (Shalock y Kieman, 1990).

Un entorno óptimo debe ofrecer oportunidades que permitan:

- Experimentar la autonomía, toma de decisiones y control.
- Aprender y llevar a cabo actividades funcionales y significativas.
- Percibir que se ocupa un lugar válido en la comunidad.
- Participar en la comunidad, sintiendo que se forma parte de una red social de familiares y amistades.

Recogidas las necesidades educativas especiales y como respuesta a ellas, existen diferentes modalidades de escolarización para el alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de discapacidad intelectual:

- 1) Integración en un aula ordinaria, en colegios ordinarios.
- 2) Escolaridad en aula estable, de integración, de educación especial.
- 3) Escolaridad combinada.
- 4) Escolarización en colegio de educación especial.

Centros de Educación Especial

Para conceptualizar la necesidad de la Enfermera Escolar y reconocer sus funciones es conveniente conocer el funcionamiento de los Centros de Educación Especial (CEE). En España, es en este tipo de centros donde la figura de enfermería escolar lleva desarrollándose durante más tiempo.

El Real Decreto 334/1985 de Ordenación de la Educación Especial es quien regula esta modalidad educativa. Dicha escolarización es ofrecida cuando los centros ordinarios no pueden proporcionar los apoyos y recursos que requieren las características y necesidades del alumnado. Por tanto, los C.E.E. se definen como una modalidad educativa obligatoria y gratuita que atiende a un alumnado que, debido a sus características específicas, precisa de una serie de apoyos que favorezcan su desarrollo personal, intelectual, social y emocional.



Imagen 3. Centro de Educación Especial Isterría. Foto: Jesús Caso.

En los C.E.E. se imparte la educación básica adaptada a las necesidades y características de cada alumno, persiguiendo el desarrollo de la autonomía, la inclusión social y laboral y potenciando su calidad de vida. Entre los objetivos de este tipo de centros encontramos:

Tabla 5. Objetivos de los Centros de Educación Especial.

OBJETIVOS DE LOS CENTROS DE EDUCACIÓN ESPECIAL:
Respeto de los derechos fundamentales, siguiendo principios de igualdad y no discriminación.
Tolerancia y libertad en base a la convivencia, prevención de conflictos y resolución pacífica.
Fomentar la responsabilidad individual y el esfuerzo y mérito personal.
Formación para la paz, el respeto de los Derechos Humanos, la cohesión social, cooperación y solidaridad entre pueblos. Respeto al resto de seres vivos y al medio ambiente.
Ejercicio de ciudadanía y participación activa de la vida social, económica y cultural.
Desarrollo de la creatividad e iniciativa personal.
Confianza en las aptitudes personales y conocimientos.
Formación en el respeto y reconocimiento de la pluralidad cultural y lingüística.
Desarrollo de hábitos de vida saludables, alimentación y ejercicio físico.
Formación para el ejercicio de actividades profesionales.
Capacitación para la comunicación, tanto en la lengua oficial como en la extranjeras.

Fuente: Doncel Carrasco, L. M. (2019).

Situación en España

1.1. Precedentes: la década de 1970. SEGREGACIÓN.

Durante mucho tiempo, las personas con discapacidad en España no fueron consideradas dignas de recibir educación. Hasta mediados de los años ochenta, el alumnado con discapacidad era escolarizado en centros segregados (Alonso y Araoz, 2011).

La Ley 14/1970 General de Educación y Financiamiento de la Reforma educativa expresaba (art.51) que la escolarización del alumnado con discapacidad, si la gravedad de la misma no lo impedía, se realice en centros educativos ordinarios, fomentando la creación de “aulas de educación especial”.

1.2. La Constitución Española y la década de 1980. INTEGRACIÓN.

La Constitución española de 1978 expresa (art.49) que los poderes públicos “realizarán una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestará la atención especializada que requieran”. Estos

cuatro principios se consolidan en la Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), teniendo lugar las primeras experiencias de integración educativa en España. En este modelo, el alumnado con discapacidad debe adaptarse al sistema ordinario de educación, mediante rehabilitación.

1.3. La década de 1990: INCLUSIÓN.

En 1990 se aprueba la Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE). En ella se indica la escolarización ordinaria del alumnado con necesidades educativas especiales, siempre que ésta sea posible. El sistema contará con los recursos necesarios para atender a estos alumnos, igual que al resto, adaptando el currículo a sus necesidades y características específicas.

La Declaración de Salamanca de 1994, aprobada por la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales (UNESCO, 1994) consolida el concepto de necesidades educativas especiales.

A partir de este momento cobra especial relevancia el estado actual de la educación especial en nuestro país. La consideración social de esta cuestión y su tratamiento educativo ha estado ligado a la trayectoria sociopolítica que marca la historia de la educación. A grandes rasgos, la siguiente figura trata de ilustrar la evolución histórica con especial énfasis en la etapa actual en el que se apuesta por la plena inclusión.

Educación Especial Inclusiva



Figura 4. Evolución histórica educación especial inclusiva. Fuente: Elaboración propia a partir de: García, E. G. (2009).

EVOLUCIÓN DE LAS TASAS DE ESCOLARIZACIÓN DEL ALUMNADO CON DISCAPACIDAD

Durante los últimos 30 años, se aprecia un cambio en la matriculación de estudiantes con Necesidades Educativas Especiales (NEE) en los centros educativos. Partiendo de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), la evolución en España desde el curso escolar 1990 al 2019 muestra la tendencia de la educación especial a partir de los alumnos matriculados en los CEE (Figura 5). Destaca la evolución de los estudiantes matriculados en el año 1990 y su disminución en años posteriores con nuevo incremento del número de alumnos, en el año 2001.

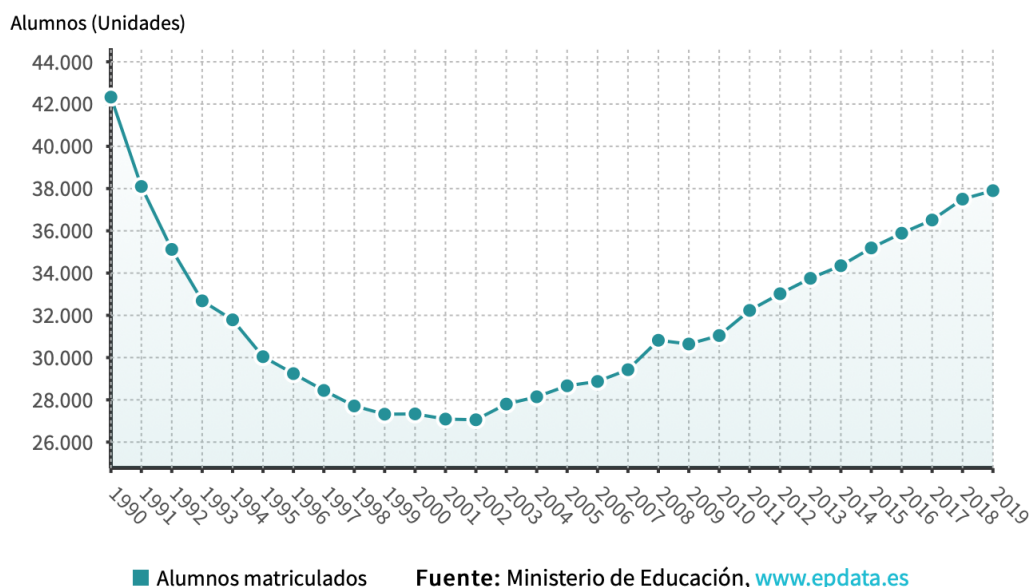


Figura 5 . Gráfico de alumnos matriculados en Centros de Educación Especial desde 1990 a 2019.

En la tabla 6, se refleja el número de centros educativos en función de la enseñanza que imparten del año académico 2018-2019. De un total de 28.534 centros en nuestro país, 473 imparten educación especial, incluyendo 196 de ámbito público y 277 privados.

Tabla 6. Clasificación de los centros por enseñanza que imparten. Curso 2018-2019.

	Total centros	Centros Públicos	Centros Privados
TOTAL	28.534	19.143	9.391
Centros E. Infantil (1)	9.103	4.532	4.571
Centros E. Primaria (2)	10.290	9.796	494
Centros E. Primaria y E.S.O. (2)	2.051	527	1.524
Centros E.S.O. y/o Bachillerato y/o F.P.	5.034	4.077	957
Centros E. Primaria, E.S.O. y Bachillerato / F.P. (2)	1.555	5	1.550
Centros específicos Educación Especial	473	196	277
Centros específicos Educación a distancia	28	10	18
Total Curso 2018-2019	28.449	19.090	9.359
Variación curso anterior	85	53	32
(1) Imparten exclusivamente E. Infantil.			
(2) También pueden impartir E. Infantil.			

Fuente: Ministerio de Educación y Formación Profesional.

La figura 6, muestra el porcentaje de alumnado de cada Comunidad Autónoma según su necesidad de apoyo educativo del curso académico 2018-2019. Podemos observar que es Navarra la Comunidad con mayor porcentaje de alumnos con necesidades específicas de educación, incluyendo el porcentaje más alto de necesidades educativas especiales.

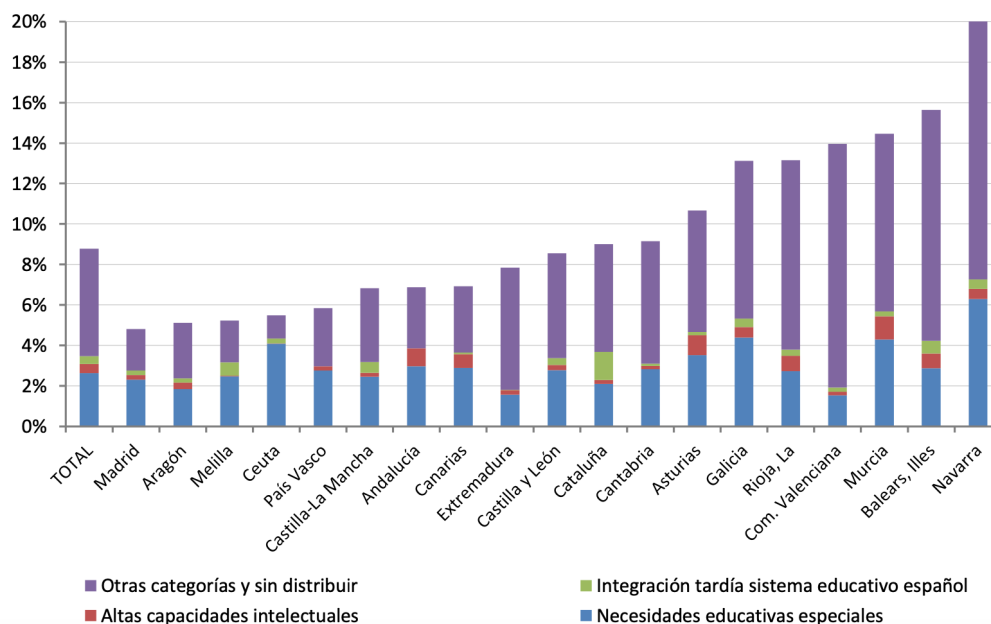


Figura 6: Porcentaje de alumnado con necesidad específica de apoyo educativo por Comunidad Autónoma y tipo de necesidad. Curso 2018-2019. Fuente: Ministerio de Educación y Formación Profesional.

Situación en Navarra

En el ámbito de la educación especial, Navarra ha realizado varios proyectos en las últimas décadas, incluyendo la creación del Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra (CREENA). Esta es considerada una de las medidas adoptadas más importantes para la Educación Especial en nuestra Comunidad. El CREENA desarrolla funciones con el objetivo de facilitar la ordenación y organización de recursos escolares que el alumnado con necesidades educativas especiales requiere, desde un enfoque inclusivo. Por tanto, participa activamente en el desarrollo de los CEE de Navarra. La Comunidad, actualmente cuenta con los siguientes Centros de Educación Especial:

Tabla 7. Elaboración propia.

LOCALIDAD	CENTROS PÚBLICOS
PAMPLONA	CPEE Andrés Muñoz Garde
TUDELA	CPEE Torre Monreal
	CENTROS CONCERTADOS
PAMPLONA	CEE El Molino
IBERO	CEE Isterria

Fuente: CREENA.

4.5 COMPETENCIAS EN SALUD INTEGRADAS EN EL CURRÍCULO ESCOLAR

La OMS (1998) expresa sobre la promoción de salud: “La Educación para la salud comprende al conjunto de actividades educativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud individual y de la comunidad”. La necesidad de realizar intervenciones de Promoción y Educación para la Salud en los centros docentes ha sido recomendada desde numerosas entidades (OMS, UNESCO, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio de Educación, etc...). Los centros educativos son uno de los lugares donde tiene lugar el desarrollo de las personas desde sus etapas más tempranas, por lo que es un lugar clave para configurar la conducta y los valores sociales que determinarán la personalidad del ciudadano. La Conferencia Europea de Educación para la Salud (1990) consideró que el modo más efectivo para promover la adopción de estilos de vida saludables de la población más joven era la inclusión de contenidos de Promoción y Educación para la Salud en el currículo escolar.

En la época de los setenta, los estudios realizados por Marc Lalonde (Ministro de Sanidad) y Alan Dever (epidemiólogo) concluyeron que uno de los factores más decisivos de los niveles de salud de la población eran los estilos de vida de las personas y comunidades. Un 40% de las muertes eran explicadas por los hábitos de vida. Estos comportamientos son adquiridos en su mayoría durante la infancia y adolescencia. De acuerdo con esta realidad, son numerosos los estudios que han puesto de manifiesto la necesidad de abordar la educación sobre hábitos de vida saludable integrada en el trabajo diario de los centros docentes.

Las distintas administraciones autonómicas han presentado numerosos proyectos para desarrollar Educación para la Salud en la Escuela (Aragón, Cataluña, Valencia, Murcia, Asturias, Canarias, etc.), han realizado numerosos estudios para conocer conocimientos, conductas y hábitos de vida de los alumnos (Encuesta Nacional de Salud, 2006; Valderrama, J.C., Gavidia, V. et al., 1997; Pérez de Eulate, L. y Ramos, P., 2005; etc.) y han elaborado diversos recursos didácticos para lograr el aprendizaje en materia de salud dentro del aula.

No obstante, en 1999, la Declaración de Bolonia y el Espacio Europeo de Educación hizo cambiar la perspectiva, centrando la mirada educadora en las competencias a adquirir por el alumno y no en los contenidos de las materias.

Ámbitos y problemas de salud

El equipo investigador COMSAL (Competencias en Salud), constituido por 16 profesores de las Universidades de Valencia, Alicante, Elche y el País Vasco y el grupo de trabajo formado por profesores de Educación Primaria y Secundaria, mediante un estudio Delphi, determinó y agrupó los ámbitos de salud en los siguientes ocho: Alimentación y Actividad física, Adicciones, Salud Mental y Emocional, Sexualidad, Accidentes, Higiene, Medio Ambiente y Promoción de la Salud. Este último es transversal a los demás ámbitos.

Además, identificó los problemas o situaciones de salud relacionados a cada uno de los ocho ámbitos. Se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 8. Ámbitos de salud y problemas relacionados.

ÁMBITO DE SALUD	PROBLEMAS RELACIONADOS
1. PROMOCIÓN DE SALUD	Conductas, hábitos y estilos de vida saludables. Entornos saludables. Uso adecuado de los servicios socio-sanitarios.
2. ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA	Sobrepeso y obesidad. Desórdenes de la conducta alimentaria. Malnutrición. Infecciones e intoxicaciones alimentarias. Sedentarismo. Diabetes, alergias, intolerancias alimentarias. Mala práctica de la actividad física y deportiva.
3. ADICCIONES	Consumo de tabaco, alcohol, cannabis u otras drogas. Uso inadecuado de medicamentos. Otros trastornos adictivos.
4. SEXUALIDAD	Infecciones de transmisión sexual (ITS), sexualidad insatisfactoria. Embarazos no deseados. Violencia sexual. Discriminación por diversidad sexual.
5. HIGIENE	Higiene corporal. Problemas bucodentales. Enfermedades infecciosas. Alergias. Cáncer. Higiene Postural. Higiene Sexual. Higiene de los alimentos. Sueño.
6. EMOCIONAL	Ansiedad. Estrés. Depresión. Baja autoestima. Violencia. Acoso. Malos tratos.
7. ACCIDENTES	Caídas. Accidentes domésticos. Accidentes de tráfico. Quemaduras. Ahogamientos y asfixias. Picaduras.
8. MEDIO AMBIENTE	<i>Conductas, hábitos y estilos de vida saludables. Entornos saludables. Uso adecuado de los servicios socio-sanitarios.</i>

Fuente: Gavidia, V. (2016). El Proyecto Comsal (Competencias en Salud).

Competencias en salud. Definición

En el currículo oficial no especifica las competencias en salud sino que desarrollan temas incorporados fundamentalmente en dos de ellas:

- el conocimiento e interacción con el mundo físico: incorpora habilidades para desenvolverse con autonomía e iniciativa, de manera adecuada en diversos ámbitos de la vida y del conocimiento.
 - competencia social y ciudadana: prepara para la participación constructiva en las actividades de la comunidad, la vida en la sociedad, cooperación...
- (BOE, Real Decreto 126/2014; BOE, Real Decreto 1105/2014).

De acuerdo a esta realidad, las competencias en salud no se concretan en el currículo, sino que se presentan diluidas en el mismo, dificultando su desarrollo y tratamiento en las aulas. El proyecto COMSAL (2016), con el fin de determinar unos estándares mínimos para

desarrollar en los centros educativos, definió la Competencia en Salud como “la capacidad y el propósito de utilizar los recursos personales (habilidades, actitudes, conocimientos, experiencias, comportamientos...) para resolver de forma adecuada problemas de salud individual o colectivos en un contexto concreto y contribuir a crear un entorno en el que las opciones saludables sean fáciles de tomar”.

Determinación de competencias para cada ámbito de salud. COMSAL (2016)

1. Para la Promoción de la Salud: Capacidad y predisposición de las personas para controlar los factores que intervienen en la salud individual y colectiva.
2. Para la Alimentación y Actividad Física: Llevar una alimentación saludable y desarrollar una actividad física adecuada.
3. Para la Prevención de Conductas Adictivas: Detectar y prevenir conductas adictivas.
4. Para la Vida Afectivo-sexual: Desde la identidad sexual, desarrollar una conducta expresada de forma placentera, enriquecedora y saludable.
5. Para la Higiene: Desarrollar pautas de higiene cotidiana que prevengan la aparición de enfermedades y mejoren la calidad de vida.
6. Para la salud mental y emocional: Detectar y combatir situaciones de riesgo conducentes a la ansiedad, estrés o depresión y rechazar la violencia en cualquiera de sus formas.
7. Para la Prevención de Accidentes: Evitar los elementos de riesgo de nuestro entorno y contribuir a la contención de accidentes.
8. Para la Salud Ambiental: Contribuir al mantenimiento y creación de un medioambiente saludable.

Fuente: Catalán, V. G., Fernández, A. G., Ortega, M. T., Mocholí, C. S., García-Berlanga, O. M. (2019).

Las habilidades para la vida y las competencias en salud, cuidado y bienestar son requisitos fundamentales para una vida saludable. En este apartado se ha reflejado su importancia fomentada desde organismos internacionales. Este mismo objetivo se recoge en la siguiente tabla y destaca su importancia desde la formación básica, teniendo en la escuela su espacio natural para la adquisición. Se pretende dar respuesta a problemas de salud ligados al consumo de tabaco, sobrepeso, gestión emocional, sexualidad insatisfactoria, etc...

Tabla 9. Competencias en el cuidado y promoción de salud. Principales ámbitos de salud, subcompetencias y problemas de cada ámbito.

Competencias en salud que adquirir en la Educación Obligatoria:
 ámbitos de salud, problemas de cada ámbito y subcompetencias

<i>Ámbitos de salud</i>						
Promoción de la salud	Alimentación y actividad física	Prevención de adicciones	Educación afectivo- sexual	Higiene	Salud mental y emocional	Prevención de accidentes y educación vial
<i>Problemas de salud y/o situaciones a responder</i>						
Generar conductas, hábitos y estilos de vida saludables. Procurar entornos saludables. Utilizar adecuadamente los servicios sociosanitarios.	Sobrepeso y la obesidad. Desórdenes de la conducta alimentaria. Malnutrición. Infecciones e intoxicaciones alimentarias. Sedentarismo. Enfermedades no transmisibles, diabetes, alergias, intolerancias. Mala práctica deportiva.	Consumo de tabaco, alcohol, cánnabis y otras drogas ilegales. Uso inadecuado de medicamentos. Otros trastornos adictivos.	Sexualidad insatisfactoria. Infecciones de transmisión sexual. Embarazos no deseados. Violencia sexual. Discriminación por la orientación sexual.	Higiene bucodental. Higiene corporal. Enfermedades infecciosas. Parasitismo. Alergias. Prevención del cáncer. Higiene postural. Higiene sexual. Higiene de los alimentos. Alteraciones del sueño.	Estrés, ansiedad y depresión. Baja autoestima. Violencia, acoso y malos tratos.	Accidentes de tráfico. Accidentes domésticos. Caídas. Quemaduras. Ahogamientos y asfixias. Mordeduras y picaduras de animales. Problemas derivados de la contaminación del agua y del suelo. Problemas derivados de la contaminación aérea. Consumismo. Catástrofes naturales. Problemas ocasionados por la actividad humana.
<i>Subcompetencias para cada ámbito de salud</i>						
Capacidad y predisposición de las personas para controlar los factores que intervienen en la salud personal y social.	Llevar una alimentación saludable y desarrollar una actividad física adecuada.	Detectar y prevenir conductas adictivas.	Desde la identidad sexual, desarrollar una conducta expresada de forma placentera, enriquecedora y saludable.	Desarrollar y mantener pautas de higiene diaria que prevengan la aparición de enfermedades y mejoren la calidad de vida.	Detectar y combatir situaciones de riesgo conductas a la ansiedad, estrés o depresión y rechazar la violencia en todas sus formas.	Prevenir de riesgos de nuestro entorno y contención de accidentes.
						Conocer, valorar y contribuir a la creación de un ambiente saludable.

Fuente: Gavidia Catalán (2016).

4.6 RED SHE. ESCUELAS PROMOTORAS DE SALUD

La red SHE es una plataforma de Escuelas para la Salud en Europa (Schools for Health in Europe), cuya función principal es apoyar a organizaciones y profesionales a desarrollar y mantener la promoción de la salud dentro de los centros educativos.

La "escuela promotora de salud" es aquella que cuenta con un plan estructurado que promueva la salud y el bienestar de todo el alumnado y del personal docente y no docente. A través de este plan sistemático, se quiere conseguir que las personas y centros implicados en el proceso de aprendizaje incrementen el control sobre su salud. Se establecen relaciones de colaboración entre los centros de primaria y secundaria, centros sociosanitarios, familias y la comunidad con el fin de llevar a cabo distintos programas de educación para la salud.

En Navarra, CPEE Andrés Muñoz Garde, CEE El Molino y CEE Isterria pertenecen a esta red. Este trabajo ha centrado su atención en el Centro de Educación Especial Isterria. Allí, se logra la promoción de la salud trabajando contenidos diferentes en cada etapa educativa desde tres perspectivas: personal, relacional y del entorno. El modelo educativo del Centro Isterria está basado en tres pilares fundamentales:

- Educación saludable.
- Educación solidaria.
- Educación sostenible.

Educación saludable

El centro es integrante de la Red de Escuelas Saludables desde el curso 2010-11, y participa en numerosas iniciativas dirigidas a mejorar la salud del alumnado y personal docente.

El objetivo principal es dotar de herramientas que permitan favorecer el bienestar físico, psicosocial, y emocional, implicando a toda la comunidad educativa. Los contenidos que se incluyen en la Programación General Anual y en las programaciones didácticas del centro tratan aspectos como alimentación, realización de ejercicio físico, higiene corporal y postural, seguridad y prevención de accidentes, movilidad saludable y sostenible, educación inclusiva, educación afectivo-sexual y salud emocional. Entre los objetivos específicos del programa, encontramos:

- Consolidar ciertos hábitos, tareas y rutinas con el fin de fortalecer la autonomía y la responsabilidad.
- Adoptar hábitos de higiene, manifestando una actitud responsable sobre su propio cuerpo.
- Conocer la importancia de una alimentación adecuada y crear unos hábitos de alimentación basados en una dieta ajustada a sus necesidades.
- Fomentar el ejercicio físico como base de una vida saludable y contrarrestar la obesidad y el sedentarismo.
- Desarrollar una formación y una educación afectivo-sexual que les ayude a interpretar la sexualidad y actuar de una forma clara y sencilla mediante el respeto a sí mismo y hacia los demás.
- Conocer y tener una actitud responsable ante el uso de las nuevas tecnologías (WhatsApp, Facebook, etc.).

- Conocer y cumplir las normas básicas de seguridad vial.
- Familiarizarse con hábitos de prevención y actuación en la previsión y respuesta de los accidentes en diferentes espacios y situaciones de emergencia.
- Ser responsables con su entorno mediante la adquisición de conductas positivas hacia el mismo.
- Dotar al alumnado de herramientas necesarias para desarrollar y ejercer un control adecuado sobre los condicionantes que intervienen en su nivel de salud.
- Favorecer y fomentar situaciones de desarrollo y crecimiento personal haciendo que sean capaces de ser más autónomos en su toma de decisiones y poder planificar acciones en su vida.
- Fomentar lazos sólidos entre el centro, la familia y la comunidad. Dar a conocer el programa a las familias y trabajar en colaboración con ellas.

Por ello, CEE Isterria apuesta por una educación integral contemplando la educación en valores, habilidades para la vida y habilidades sociales. Trabajan como parte activa de una cultura de la salud: física, social y emocional. Ejercen su labor de manera transversal en todos los espacios educativos competencias relacionadas con el desarrollo y la regulación de la conciencia emocional, la autonomía emocional, así como la competencia social y las habilidades de la vida diaria y el bienestar. La educación socio-emocional va a favorecer el desarrollo de conductas adaptativas e incrementa el autocontrol, la capacidad de afrontar adversidades y de resolver problemas. Además de favorecer el bienestar emocional, previene y minimiza los riesgos de padecer problemas relacionados con la salud mental.

La educación para la salud física también se trabaja de forma transversal y es desarrollada mediante una propuesta de alimentación saludable y equilibrada, acompañada de una hidratación adecuada y de la actividad física y deportiva. Además, se destaca la importancia del descanso y el desarrollo de hábitos seguros para la salud. El centro cuenta con un equipo de profesionales especializados que ofrece una atención y seguimiento a todos los alumnos con problemas específicos de salud física o mental.



Imagen 4. Enfermería en CEE Isterria. Fuente: CEE Isterria.

4.6 ENFERMERÍA ESCOLAR

Definición

En nuestro país, la enfermera escolar es considerada una figura emergente, a pesar de llevar años desarrollándose a nivel mundial. La Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCEEE) la define como “la profesión que realiza su desempeño en el ámbito escolar, prestando atención y cuidados de salud a la comunidad educativa, y que para ello ha recibido una formación específica y complementaria en su proceso formativo”. Actualmente, muchos países disponen de esta figura en sus centros, sin embargo, en España, sólo está presente en determinados centros privados o de educación especial.

Historia

Su origen se ubica en octubre de 1902 en Nueva York, gracias a la enfermera Lina Rogers, quien fue contratada en un centro escolar con el fin de reducir el absentismo de sus alumnos por motivos de salud. Dentro de sus funciones se incluían, la promoción y educación para la salud respecto a medidas de higiene, con el fin de prevenir enfermedades y contagios. Al cabo de un mes, el absentismo escolar había sido reducido notablemente, por lo que esta iniciativa comenzó a expandirse por el resto de colegios de la ciudad.

En el contexto Europeo, fueron Francia y Reino Unido quienes precursoron esta figura, incluyendo personal sanitario en numerosos centros escolares. En 1907, se creó en Inglaterra The School Medical Service.

En España, el primer documento que hacía referencia a la sanidad en los centros educativos fue el Tratado de la higiene escolar, publicado en 1880. Pero no fue hasta principios del siglo XX, que se creó el Cuerpo de Auxiliares Sanitarias Femeninas de Medicina e Higiene Escolar cuya principal labor era la realización de un examen sanitario a los alumnos. En 1945 se creó el término Promoción de la Salud en el cual se incluyen todas las intervenciones sociales y ambientales destinadas a proteger y aumentar la salud y la calidad de vida de los individuos, mediante la prevención y no únicamente centrándose en el tratamiento y la curación. Ya en el año 1959 la OMS publicó la Planificación de la educación sanitaria en las escuelas.

Situación actual en España

En 2013 gracias a la Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE) se estableció que la Educación para la salud debía formar parte del temario dentro de los centros escolares.

Las Comunidades Autónomas (CCAA), a pesar de que cuentan con una legislación sanitaria escolar, ésta, es a veces insuficiente o exclusiva de los Centros de Educación Especial.

La Comunidad de Madrid destaca considerablemente en esta materia, desarrollando desde hace más de tres décadas la enfermería escolar. Fue el Centro de Educación Especial María Soriano el primero en adquirir esta figura, pero en 1982, tras la Ley de Integración de Minusválidos, el perfil fue desarrollado también en colegios en los que se integran alumnos con necesidades educativas especiales (ACNEE).

Enfermería escolar en Centros de Educación Especial

La **Ley 8/2008 de los Derechos de Salud de niños y adolescentes**, en el artículo 10.4 señala que: *“Los centros docentes específicos de educación especial estarán dotados de personal de Enfermería, que dependerán orgánicamente del departamento sanitario correspondiente”*.

El profesional sanitario, tienen un papel importante en los CEE, debido a que su principal objetivo es potenciar la calidad de vida de los alumnos y cubrir sus necesidades físicas, psíquicas y sociales. Los cuidados van destinados, en general, a un grupo de población de edades comprendidas entre los 3 y 21 años, con distintas discapacidades y grados de las mismas, así como con diferentes patologías de diversas etiologías asociadas o no a su discapacidad: epilepsia, asma, atragantamientos, caídas...

Sin embargo, su función no es solo asistencial y educativa en niveles de salud, sino que desarrolla su actividad de forma interdisciplinar con el resto de profesionales del centro y con las familias de los alumnos con el fin de optimizar su actuación. Por ello, es de gran importancia la coordinación con todos los agentes que forman parte del proceso de educación del alumnado y con el mayor número de recursos que permitan incrementar la calidad de vida de los usuarios.

Funciones y competencias

La Asociación Madrileña de Enfermería de Centros Educativos (AMECE), ha establecido las competencias relacionadas con sus funciones. Éstas son:

Tabla 10. Funciones de la enfermera escolar en CEE en función de las competencias.

COMPETENCIA	FUNCIONES
1. ASISTENCIAL	<ul style="list-style-type: none"> -Diagnóstico enfermero. Elaborar un plan de cuidados si precisan. -Administrar medicación y medidas terapéuticas. -Actuar ante las situaciones de urgencias y accidentes. -Revisar la evolución de la patología del alumno y su adaptación al contexto escolar. -Promoción de autocuidados y hábitos de vida saludables. (Educación para la Salud). -Colaborar con los servicios de Atención Primaria y Especializada. -Formación e información a las familias.
2. GESTIÓN DE LA SALUD EN ÁMBITO EDUCATIVO	<ul style="list-style-type: none"> -Custodiar las historias. Cuidar el material sanitario. -Fomentar propuestas de salud. -Seguimiento de alumnos. -Participación en el Consejo Escolar y en la Escuela de Padres.
3. PROFESIONAL DISCIPLINAR	<ul style="list-style-type: none"> -Competencias Docentes: Formación de los alumnos de Grado de Enfermería/EIR que realicen prácticas en Centros Educativos. Desarrollo de actividades docentes. -Competencias en Investigación.
4. RELACIONES INTERPROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA ESCOLAR	<ul style="list-style-type: none"> -Con el Centro. -Con el personal docente y otros profesionales. -Con los alumnos y padres de alumnos. -Competencias relaciones con servicios externos: <ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atención Primaria y Centros Municipales de Salud. • Centros de Atención especializada. Centros de Salud Mental de la Zona. • Centros de Menores.

Fuente: Asociación Madrileña de Enfermería de Centros Educativos (AMECE).

Enfermería en CEE Isterria

En este trabajo se ha contactado con la enfermera del CEE Isterria para sintetizar su actuación en este contexto y concretar la actividad profesional de enfermería atendiendo a niños y jóvenes con necesidades educativas especiales como parte integrante de un equipo de profesionales multidisciplinar (profesores, orientadores, logopedas, fisioterapeutas, trabajador social, etc).

El centro cuenta con un Servicio de Enfermería que aborda junto con el resto de profesionales temas relacionados con la prevención y seguimiento del estado de salud general del alumnado. Entre las actividades que realiza encontramos:

- Atención sanitaria al alumnado.
- Derivación a otros servicios médicos (acompañamiento), si procede.
- Actuar ante emergencias o incidencias y derivar a otros servicios médicos, si procede.
- Relación con otros servicios sanitarios.
- Realizar un diagnóstico de salud al alumnado de nueva incorporación (historia clínica, necesidades, etc.).

- Valoración de la situación de salud física y mental, así como el histórico pertinente del alumnado.
- Control y seguimiento del alumnado con enfermedades crónicas.
- Administrar los tratamientos y medicaciones (prescritos por profesionales médicos) al alumnado externo que lo requiera, previa autorización por escrito.
- Supervisar la medicación que se da en la residencia y solucionar las posibles incidencias que surjan.
- Realizar un control alimentario y seguimiento de dietas del alumnado que lo requiera.
- Supervisar el equilibrio de los menús ofrecidos por el centro. Crear menús especiales para personas con alergias alimentarias, hipersensibilidades u otras intolerancias.
- Programa de vacunaciones.
- Programa de salud bucodental.
- Programa de prevención sanitaria.
- Asesorar como especialista en el marco sanitario a toda la comunidad escolar.
- Programar actividades educativas y formativas sobre temas relacionados con la salud enfocadas hacia la comunidad escolar.
- Participa de las reuniones de trabajo en equipo con profesionales y mantiene una relación fluida con las familias para mantenerlas informadas de los contenidos relacionados con la salud de sus hijos e hijas.
- Proyecto de Desensibilización Sanitaria en las Aulas (Anexo I).
- Sello Azul (Anexo I).



Imagen 5. Material para Proyecto de Desensibilización Sanitaria en las Aulas. Fuente: CEE Istertia.

5. DISCUSIÓN

Tras la revisión de varios artículos y trabajos expuestos anteriormente, entre las fortalezas detectadas en el proceso de elaboración de este proyecto encontramos su fundamentación en fuentes bibliográficas fiables y contrastadas gracias al uso de bases de datos, tanto nacionales como internacionales, de las cuales hemos seleccionado los artículos científicos en los que nos hemos basado.

Otro de los puntos fuertes del trabajo, es que cuenta con la colaboración de una escuela promotora de la salud, Centro de Educación Especial Isterria. Una atención sanitaria que brinde servicios de alta calidad es esencial para las personas con discapacidad intelectual, debido a que presentan diferentes necesidades de salud, una mayor mortalidad y morbilidad y sus problemas de salud tienden a ser múltiples, crónicos y complejos. Asimismo, su salud se ve influida por distintos factores riesgo relacionados con estilos de vida, como la obesidad y la falta de ejercicio físico. Por consiguiente, Isterria desarrolla numerosos proyectos de promoción de salud, a través del cual trabajan el desarrollo de numerosas competencias de salud de diversos ámbitos.

Adicionalmente, las personas con discapacidad no sólo tienen mayores necesidades de atención sanitaria que el resto de la población, sino también presentan una serie de características especiales que hacen del acceso a los servicios de salud una experiencia negativa que puede afectarles a nivel físico, emocional y social. Isterria trabaja gracias a su proyecto de desensibilización sanitaria, la aproximación sucesiva de sus alumnos a situaciones similares de exploración o atención sanitaria que pueden afectar sus conductas.

Desde el centro, nos han mostrado su gran implicación en mejorar la calidad de vida y salud de sus alumnos, apostando por participar en proyectos junto al sistema sanitario. Los profesionales tanto de educación, logopedia y enfermería nos han abierto sus puertas y han estado muy dispuestos a colaborar con nosotros. Además, han compartido con nosotros numerosos programas y recursos que utilizan para llevar a cabo los mismos.

Por otro lado, la era digital actual nos ha ofrecido numerosas ventajas, entre ellas, la posibilidad de compartir diversos recursos digitales que utilizan en su actividad diaria con los que hemos podido trabajar.

De la misma manera, se han encontrado algunas debilidades en la elaboración del trabajo, de las cuales destacamos la dificultad para seleccionar y gestionar toda la información obtenida respecto al tema. Además, hemos detectado la complejidad de desarrollar intervenciones en personas con grados moderados y graves de discapacidad suponiendo un gran reto para los profesionales. Las personas con mayor grado de DI a menudo encuentran obstáculos que

restringen el acceso a los servicios de salud y dificultan el diagnóstico, entre ellos, la prevalencia de déficits sensoriales y problemas de movilidad. Los problemas cognitivos y de comunicación que puedan tener estas personas, dificultan la capacidad de las personas para reconocer y comunicar el dolor, el malestar u otros síntomas. Además, los exámenes físicos suelen ser complicados debido a la ansiedad que pueden presentar estas personas. El sistema público de salud debe adaptarse para brindar servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento con el fin de obtener resultados similares a los de otras poblaciones, garantizando el acceso de las personas con DI a los servicios de salud. Las personas con discapacidad y sus familias necesitan que el sistema de salud sea comprensivo y flexible y se adapte a sus particulares barreras. Es por ello, que los profesionales reconocen la dificultad y reclaman formación.

La importante necesidad de adaptar las intervenciones que potencien la autonomía y la vida independiente a las dificultades, características y necesidades de cada alumno pone a prueba la formación de los sanitarios. La escasez de preparación durante la carrera universitaria en el ámbito de la discapacidad intelectual y los recursos para lograr optimizar su desarrollo dificultan nuestro trabajo. Me parece interesante la posibilidad de elegir una optativa que centre sus competencias en mejorar la capacidad y formación de profesionales sanitarios que traten con personas con discapacidad intelectual.

Tenemos sistemas públicos y, específicamente, un sistema de salud que debe considerarse como un valor social irrenunciable, que está haciendo esfuerzos importantes y alcanzando un gran progreso en la atención, pero que, para lograr una mayor nivelación de equidad y satisfacción social, tiene que atender las particularidades asociadas a estos grupos de población específicos. También sería conveniente fortalecer estas estrategias en los planes de salud y en la estrategia contra la cronicidad, para garantizar el apoyo necesario y lograr los mejores resultados de salud posibles en estas personas. Además, la coordinación socio-sanitaria es esencial en el abordaje integral, tanto en el ámbito de atención primaria como la especializada y, en ocasiones, la atención temprana, salud mental o patología dual.

Finalmente, tras haber conocido los proyectos y la metodología de las intervenciones llevadas a cabo en este CEE, algunos de los aspectos importantes que las caracterizan son:

- Deben ser específicas y personalizadas, teniendo en cuenta la variabilidad de problemas funcionales, psíquicos y problemas clínicos, así como características personales, psicosociales y culturales de los distintos alumnos.
- Tienen un enfoque global y examinan las necesidades y el grado de fragilidad de este colectivo.
- Deben ser participativas y accesibles, para informar y también educar para adquirir habilidades de autocuidado, cuando sea posible.
- El apoyo de las intervenciones mediante PICTOGRAMAS, beneficia notablemente el resultado de las mismas. En Isterría trabajan mucho con ellos y, por ello, han sido adjuntados en los anexos.

6. CONCLUSIONES

1- Un niño o una niña con discapacidad presenta una serie de limitaciones motoras, sensoriales o cognitivas. Estas condiciones generan diversas complicaciones que deterioran el estado de salud del niño. Para reducir esas complicaciones es esencial intervenir de manera directa e inmediata.

2- El alumnado con discapacidad tiene los mismos derechos que cualquier otro estudiante y su derecho a la escolarización no debería estar condicionado ni restringido por su discapacidad. La atención de estas personas en un colegio de educación especial es fundamental para el desarrollo de sus capacidades y de su aprendizaje particular, debido a la necesidad de una asistencia especializada y personal, en función de las características de cada alumno/a.

3- Asimismo, debido a su discapacidad, este colectivo demanda una atención continua y directa de sus necesidades de salud, ofrecida por la enfermería escolar. De esta forma favorecemos el desarrollo de su actividad escolar de manera integral, sin verse comprometida por su posible estado de salud, favoreciendo su integración en la sociedad.

4- Desde el entorno escolar la prevención posee gran relevancia, debido a que los efectos de la discapacidad influyen en diferentes sectores y requieren servicios de coordinación para tener en cuenta toda la amplia gama de problemas a los que se enfrentan los niños con discapacidad y sus familias. Un programa de intervención coordinado, en sectores de salud, educación y bienestar ayudaría a promover la detección temprana y la gestión de la discapacidad.

5- En base a estos planteamientos, se señala la relevancia de la participación por parte del profesional de enfermería en los Centros de educación especial, como un elemento positivo para estos alumnos, tanto por su papel en la prevención de complicaciones de salud como de potenciación de su desarrollo.

7. PROPUESTA TEÓRICA

La propuesta teórica de este trabajo parte de cinco competencias de salud sobre las que nos hemos querido centrar:

- 1. Promoción de Salud.
- 2. Higiene Personal.
- 3. Alimentación y Actividad Física.
- 4. Vida Afectivo-Sexual.
- 5. Salud Mental y Emocional.

La Facultad de Ciencias de la Salud y la UPNA han firmado un convenio de colaboración con la Fundación Caja Navarra con el objetivo de desarrollar sinergias y sensibilizar a la comunidad universitaria y a los futuros profesionales de Ciencias de la salud respecto a la atención a personas con discapacidad. Dentro de este convenio se encuentra el CEE Isterria, donde se ha llevado a cabo la propuesta práctica de este TFG, incorporándose a su proyecto de innovación educativo del Gobierno de Navarra. La propuesta intercala las competencias de salud con la propuesta de apoyos necesarios para las personas con discapacidad intelectual grave y su relación con las áreas curriculares propias del centro Isterria.

La siguiente tabla, refleja la clasificación de los distintos programas que se desarrollan en Isterria según las competencias de salud y las áreas curriculares a las que pertenece, además de las necesidades de la discapacidad intelectual grave que cubren.

Tabla 11. Actividades en CEE Isterria según áreas curriculares y competencias en salud trabajadas.

COMPETENCIAS EN SALUD	PROPUESTA DE APOYO PARA PERSONAS CON DI	ÁREAS CURRICULARES CEE ISTERRIA	ACTIVIDADES EN CEE ISTERRIA
1. Promoción de la Salud: -Generar hábitos de vida saludables. -Entornos saludables. -Uso adecuado de servicios socio sanitarios.	-Atender posibles cambios en aspectos de salud.	A- Competencias para la vida y el bienestar: <ul style="list-style-type: none"> ● Seguridad y prevención de enfermedades. 	-Campaña "Cómo curarme y curar una herida". -Campaña "las vacunas". -Proyecto Desensibilización Sanitaria. -Primeros auxilios. -Adaptación del espacio enfermería.
2. Higiene personal -Higiene bucodental. -Higiene corporal. -Higiene postural. -Higiene sexual. -Higiene de los alimentos. -Enfermedades infecciosas.	-Establecer rutinas, estrategias para instruir habilidades relacionadas con las necesidades básicas de cuidado personal. -Desarrollar la percepción de sensaciones corporales relacionadas con el aseo. -Fisioterapia si precisa.	<ul style="list-style-type: none"> ● Desarrollo hábitos de higiene personal. ● Sexualidad: respeto hacia sí mismo y hacia los demás. 	-Campaña de higiene dental. -Campaña lavado de manos.
3. Actividad física y alimentación. -Sobrepeso/obesidad/ malnutrición. -Sedentarismo/mala práctica deportiva. -Desórdenes de la conducta alimentaria. -Diabetes/intolerancias/ alergias.	-Desarrollar habilidades motrices siguiendo pautas evolutivas. -Instruir rutinas motrices que faciliten desplazamientos.	B- Educación física y psicomotricidad: <ul style="list-style-type: none"> ● Impulso del ejercicio físico. C- Conocimiento del medio natural: <ul style="list-style-type: none"> ● Alimentación saludable. 	-Educación física, natación, proyecto deportivo, pilates, Juegos Deportivos de Navarra. -Paseos saludables. -Recreos activos. -Programa de frutas, verduras y leche del Gobierno de Navarra.
4. Vida afectivo-sexual. -Sexualidad -ITS -Violencia/discriminación por orientación sexual.		<ul style="list-style-type: none"> ● El cuerpo humano – autoconocimiento. D-. Competencia interpersonal: <ul style="list-style-type: none"> ● Interacción social. ● Participación social. ● Convivencia. 	-Programa educación afectivo-sexual. -Expresión Corporal. -Skolae. -Proyecto Competencias Sociales y Comunicación.
5. Salud mental y emociones. -Estrés, ansiedad, depresión. -Baja autoestima. -Violencia, acosos, malos tratos.	-Desarrollar habilidades sociales y de independencia personal adaptadas a las situaciones. -Desarrollar habilidades de comunicación, haciendo hincapié en la intencionalidad y la función comunicativa. -Desarrollar el léxico y aspectos morfosintácticos. -Aprender un sistema de comunicación alternativo si precisa. -Desarrollar habilidades de atención, percepción y memoria. -Establecer relaciones causa-efecto de sus acciones. -Desarrollar habilidades de anticipación de sucesos de la rutina.	E- Competencia intrapersonal: <ul style="list-style-type: none"> ● Conciencia emocional. ● Regulación emocional. 	-Plan de desarrollo personal. -Proyecto Mi plan de vida. -Teatro. -Arte y Creatividad: Expresarte. -Emociones a flor de cuentos. -Libro viajero. -Cuentos sensoriales. -Mindfulness. -Sala de estimulación multisensorial.

BLOQUE 1: ACERCAMIENTO A LA SALUD (FÍSICA, SOCIAL Y EMOCIONAL) DE TODA LA COMUNIDAD EDUCATIVA COMO CONJUNTO.

- CAMPAÑA DE VACUNACIÓN DE LA GRIPE.
- TALLERES EN FAMILIA: taller de Cocina, de Zumba, de Manicura, etc.
- PROYECTO SKOLAE: “Educar en la igualdad y para la igualdad”.
- PROYECTO DESENSIBILIZACIÓN SANITARIA:

Abordaje integral sobre la salud del alumnado, eliminando barreras de comunicación e interacción social, creando recursos facilitadores, adaptándose a sus necesidades individuales y proporcionando una desensibilización en este ámbito, todo ello con el objetivo de conseguir un mayor equilibrio bio-psico-social. El principal objetivo es poder aportar luz a cómo se debe abordar la atención a personas con discapacidad en el ámbito sanitario y cómo trabajar desde los centros educativos (no solo de educación especial) para facilitar este proceso.

BLOQUE 2. ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LOS ALUMNOS Y ALUMNAS EN LOS ÁMBITOS DE LA SALUD FÍSICA, LA SALUD EMOCIONAL Y LA SALUD SOCIAL.

1. Formación conjunta para todas las etapas educativas con elaboración de materiales adaptados por parte de los departamentos de Educación Física, Enfermería y Logopedia.
Objetivo: desarrollar HÁBITOS DE HIGIENE CORPORAL, ALIMENTACIÓN Y POSTURAS CORRECTAS.
2. Charlas para trabajar con ellos algún tema en concreto como por ejemplo:
 - Salud bucodental.
 - Educación afectiva – sexual.
 - Primeros auxilios, etc.
3. Programa educación vial Parque Polo.

La salud física se trabaja a través de las siguientes actividades:

1. Actividad de EDUCACIÓN FÍSICA: una hora semanal.
2. Actividad de NATACIÓN: una hora semanal.
3. PROGRAMA DE FRUTAS, VERDURAS Y LECHE DEL GOBIERNO DE NAVARRA.
4. RECREOS ACTIVOS, PATIOS DIVERTIDOS. Esta actividad se ha llevado a cabo en los recreos. Se trata de que los alumnos recuperen juegos tradicionales y bailes con el fin de potenciar el conocimiento y la participación en estos juegos y bailes.
5. PROYECTO DEPORTIVO: ISTERRIA DEPORTIVA, EN ISTERRIA NOS MOVEMOS

Apuestan en su programa por llevar a cabo PRÁCTICAS DE ACTIVIDADES FÍSICO DEPORTIVAS teniendo como objetivos prioritarios potenciar la participación, tanto en horario lectivo como no lectivo, entre todo el alumnado de las distintas etapas educativas.

Además, han elaborado materiales junto al departamento de logopedia para facilitar el juego, actividades, deportes... a toda aquella persona que lo requiera.

Todo ello, requiere la participación activa del departamento de orientación ya que trabajan de manera conjunta para fomentar la cooperación y socialización entre todos y todas.

Las actividades del programa son las siguientes:

- Expresión Corporal
- Proyecto Grupo paseos saludables “conociendo nuestro entorno”
- Pilates
- Juegos Deportivos de Navarra: Participación en los encuentros de los Juegos Deportivos de Navarra dentro de las actividades de la Federación Navarra de Deportes Adaptados. (Deporte Rural, lanzamientos, bolera, partidos de fútbol, baloncesto, campo a través, Juegos Navarros de Atletismo, Campeonato de Natación, hípica...)
- Entrenamientos personalizados para determinado alumnado como estrategia metodológica ante conductas disruptivas. Propuesta desde el área de Educación Física y Orientación.

La salud emocional y social se trabaja a través de las siguientes actividades:

1. PROYECTO COMPETENCIAS SOCIALES Y DE COMUNICACIÓN

La finalidad de este proyecto, es conseguir desarrollar, modificar y/o aprender, un conjunto de habilidades, o reglas de actuación, que cubran las necesidades de comunicación interpersonal, y responder a las exigencias y demandas de las distintas situaciones y contextos, de forma efectiva.

A lo largo de los cursos escolares trabajan aspectos relacionados con la asertividad, la empatía, la autoestima y las habilidades vinculadas con los sentimientos y con la negociación, ya que se siguen presentando situaciones novedosas o no, pero que ponen de manifiesto la necesidad de seguir trabajando en relación a la interiorización de estrategias para la resolución de las mismas.

Este trabajo se ha realizado a través de los siguientes contenidos:

- Autoconocimiento de sí mismo.
- Exposiciones sobre lo que consideramos situaciones adecuadas o no.
- Debates sobre actitudes que tenemos en diferentes situaciones sociales.
- identificación de estados de ánimo en uno mismo y en los demás y expresarlos adecuadamente.
- Dialogar y participar en conversaciones y situaciones de interacción entre iguales: saber escuchar.
- Comentar, mantener y finalizar una conversación entre iguales de forma adecuada.
- Hacer uso de los gestos, como elementos no verbales de la comunicación.
- Trabajar en equipo, cooperar, ser solidario y respetar las reglas del grupo.
- Solucionar eficazmente los problemas de relación social.
- Reforzar socialmente a los demás.
- Utilización de SAACs.

- Comunicar a los demás los propios deseos o peticiones, con cortesía y amabilidad.
- Distinguir entre críticas justas e injustas.
- Manejar los pensamientos negativos que deterioran la autoestima y la competencia social.

2. PROYECTO MI PLAN DE VIDA

En las sesiones se da protagonismo a los alumnos y alumnas, propiciando momentos en los que tienen que intervenir, dirigirse al grupo, dar su opinión... y la persona responsable actúa como guía y facilitador de su participación.

Contenidos trabajados:

- Autoconocimiento, datos personales, ¿quién soy? Cosas que me gustan y disgustan.
- Cualidades personales, ¿qué se me da bien hacer? ¿en qué necesito mejorar?.
- La familia; miembros de la familia, red familiar, tipos de familia; cómo crecemos, (desde bebés hasta ahora), tareas del hogar, responsabilidades de cada uno.
- La autonomía. ¿Realmente necesito pedir ayuda?.
- La toma de decisiones, ¿qué puedo decidir y hacer sólo?.
- Elecciones de ocio; hobbies que practico.
- La vivienda, ¿dónde y con quién me gustaría vivir en un futuro? Opciones de viviendas.
- ¿Qué voy a ser de mayor? El trabajo, importancia y normas a cumplir.
- Los amigos, ¿cómo tiene que ser un amigo? y ¿qué no tiene que hacer un amigo? ¿qué me gusta hacer con mis amigos? Diferencias entre amigos, conocidos, compañeros... importancia de la amistad.
- El voluntariado. Importancia de ayudar... Participación en un proyecto solidario, venta de plantas y productos de la huerta entre los profesionales del centro, para aportar a esta recogida.

3. TEATRO

Esta actividad proporciona a nuestro alumnado un tiempo para expresarse a través del cuerpo y la música, memorizar coreografías y percibir los cambios de la música, transmitir emociones y fomentar el desarrollo de la creatividad.

4. ARTE Y CREATIVIDAD: EXPRESARTE

Consideran que la educación artística favorece el desarrollo integral de los alumnos y alumnas porque promueve el auto-aprendizaje, agudiza las aptitudes creativas y a su vez, permite que se expresen de forma creativa, promueve la individualidad y hace que aumenten la confianza en sí mismos (autoestima).

5. EMOCIONES A FLOR DE CUENTOS

Trabajan las emociones a través de los cuentos tanto en el aula como en la biblioteca escolar.

6. LIBRO VIAJERO

Cuentos llevados a casa para que nuestro alumnado trabaje las emociones con su familia.

7. EL CORO DE LAS EMOCIONES

El coro de las emociones está formado por un grupo de alumnos y alumnas que acuden a ensayar durante una hora semanal. Existen dos responsables de coro: la profesora de Música y una tutora que toca la guitarra.

8. INTELIGENCIAS MÚLTIPLES. INTELIGENCIA EMOCIONAL

Este proyecto presenta una propuesta de intervención para el desarrollo de las inteligencias múltiples en el centro educativo, apostando así por una educación centrada en el alumno, una educación adecuada al ritmo de cada uno de ellos según sus capacidades.

9. SALA ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL Y PROYECTO ESTIMULACIÓN MULTISENSORIAL DESDE EL CONCEPTO SNOEZELEN.

El alumnado tiene unas características personales derivadas de su discapacidad y sus posibles trastornos asociados, que le hacen en ocasiones percibir a nivel sensorial el entorno y su propio cuerpo de una forma distinta, que en ocasiones se traduce en dificultades para comprender su entorno, las actividades, las relaciones, las emociones... y responder de forma inadecuada, teniendo problemas para la relajación, la regulación emocional, regulación conductual y la vivencia de experiencias placenteras.

Desde el concepto snoezelen pretenden ofrecerles vivencias y experiencias que les ayuden a experimentar, explorar, sentir, percibir, interiorizar e identificar su cuerpo y su entorno como algo agradable y placentero, que les permita disfrutar de sí mismos y de las actividades de su día a día, mejorando así su calidad de vida.

10. PROGRAMA EDUCACIÓN AFECTIVO – SEXUAL

BLOQUE 3: ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LOS PROFESIONALES EN LOS ÁMBITOS DE LA SALUD FÍSICA, LA SALUD EMOCIONAL Y LA SALUD SOCIAL

1. PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES

2. CREACIÓN GRUPO DE TRABAJO EDUCACIÓN EMOCIONAL

Se creó un grupo de trabajo para llevar a cabo las actuaciones más específicas del proyecto de educación socio- emocional. El grupo que ha participado en el proyecto es muy numeroso y ha estado muy motivado e implicado.

3. FORMACIÓN RECIBIDA

- Seminario sobre alimentación y ejercicio físico.
- Seminario sobre la educación sexual y afectiva: La promoción de la salud en el ámbito escolar.
- Abordar la inteligencia emocional desde el contexto escolar.
- Formación educación responsable (Educación emocional).
- Educación socio-emocional. Desarrollo de competencias emocionales aplicadas al desarrollo profesional del profesorado.
- Formación de “ACTUACIÓN ANTE UN ATRAGANTAMIENTO”: Impartida por Enfermería de Isterria y Enfermería de Río Irati.
- RCP + PRIMERO AUXILIOS

4. PROMOCIÓN SALUD EN EL TRABAJO

Dentro de las acciones realizadas con el profesorado desarrollan las buenas prácticas del sello azul. En el Centro consideran prioritario el bienestar de los profesionales y el fomento del buen clima laboral.

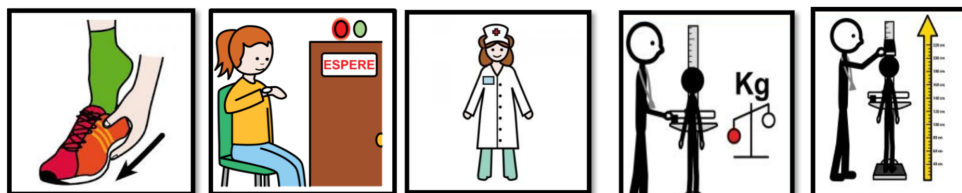
Existen diferentes riesgos psicosociales que podrían darse en su organización como son: estrés, ansiedad, trastornos que puedan afectar a la salud mental, dolor de espalda y otros trastornos músculo esqueléticos.

Se elaboró un manual de buenas prácticas fomentando los hábitos saludables. Este es el octavo año de puesta en práctica de dicho manual.

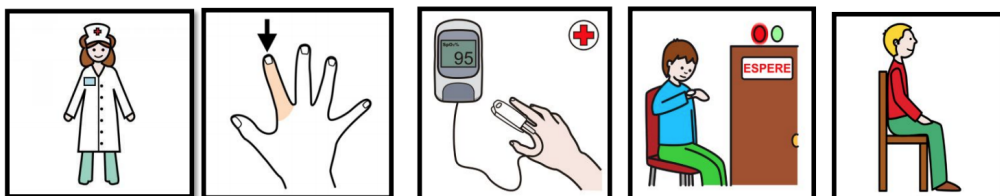
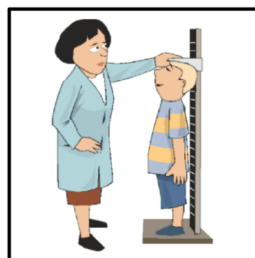
Las acciones concretas que se llevan a cabo son:

- Fomento de la actividad física: paseos saludables (grupo de profesionales dan un paseo por el entorno).
- Conciliación emprendiendo varias acciones para poder conciliar la vida personal con la laboral (facilidad de cambios de jornada, siempre que el puesto lo permita) y flexibilidad.
- Buenos hábitos de alimentación: elaboración, por parte de cocina y enfermería, de un menú equilibrado tanto para profesionales como para alumnado.
- Se fomenta el almuerzo saludable. Los profesionales del centro tienen la posibilidad de almorzar durante el tiempo de descanso del recreo, fruta todos los días de la semana y los miércoles fomentan el consumo de omega 3 (bocadillo de atún, sardinas...).
- Además cuentan con acciones como: fisioterapia, IsterriaGym, comparte tu coche, actividad "Tus pasos ganan" (competición entre equipos formados por 6 personas en la que se contabilizan los pasos diarios para conseguir etapas del Camino de Santiago, Tablón azul donde pueden encontrar carteles informativos, que cambian cada mes, en los que se divulga temas de salud como la hipertensión, la prevención de catarros, los riesgos de una vida sedentaria, etc.

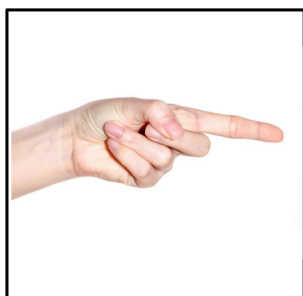
ANEXO II. RECURSOS VISUALES ISTERRIA



ME QUITO LOS ZAPATOS Y ESPERO A QUE LA ENFERMERA ME PESE Y ME MIDA

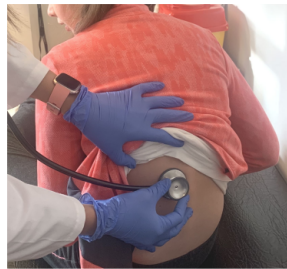


LA ENFERMERA PONE EN MI DEDO EL PULSIOXÍMETRO Y ESPERO SIN MOVERME





RESPIRO Y ESPERO A QUE LA ENFERMERA
ME AUSCULTE EL PECHO Y LA ESPALDA
CON EL FONENDOSCOPIO



RESPIRO Y HAGO PIS EN UN VASO DE
PLÁSTICO TRANSPARENTE.

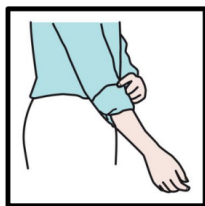




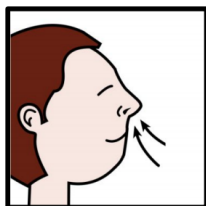
RESPIRO Y ESPERO A QUE LA ENFERMERA ME TOME LA TENSIÓN



ME SIENTO



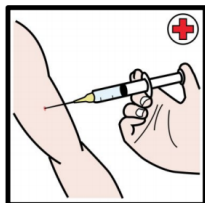
ME REMANGO



RESPIRO



Y ESPERO

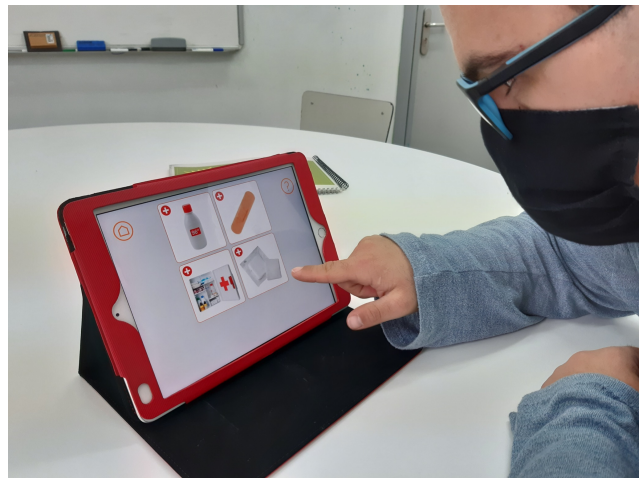


A QUE LA ENFERMERA ME PONGA LA VACUNA

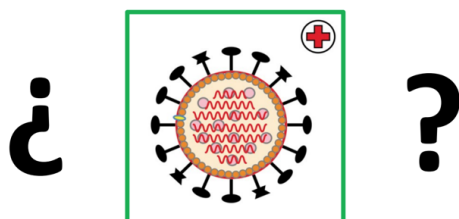


ME TUMBO EN LA CAMILLA O ME SIENTO, LA ENFERMERA ME ABRIRÁ EL OJO Y APLICARÁ LAS GOTAS.

isterria FUNDACIÓN CALZADOTTENHINA

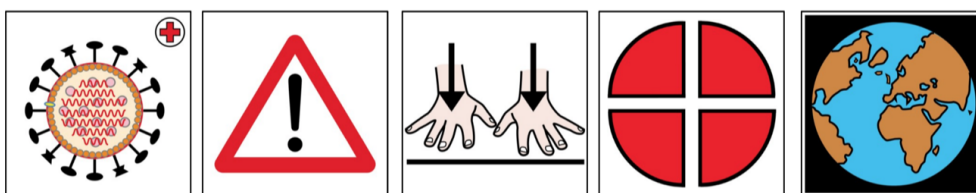


¿CORONAVIRUS?



Autor Pictogramas: Sergio Palao Procedencia: ARASAAC Licencia: CC(BY-NC-SA) Autora: Alicia Rosa Ballarín

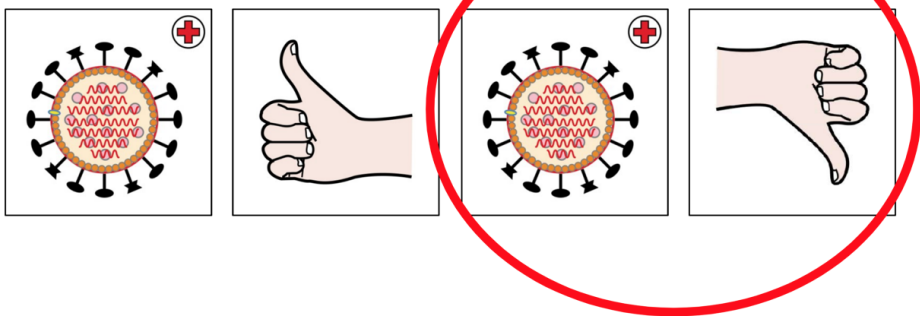
¿QUÉ ES EL CORONAVIRUS?



EL CORONAVIRUS ES UN VIRUS PELIGROSO QUE ESTÁ EN MUCHAS PARTES DEL MUNDO

Autor Pictogramas: Sergio Palao Procedencia: ARASAAC Licencia: CC(BY-NC-SA) Autora: Alicia Rosa Ballarín

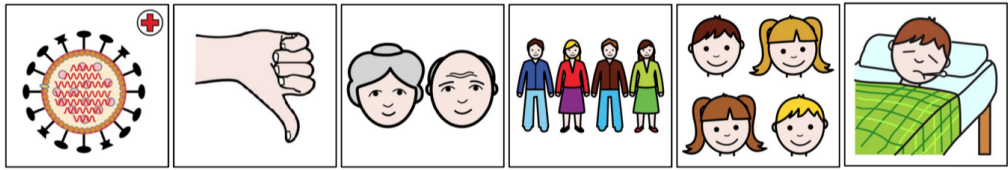
¿ES BUENO O MALO?



EL CORONAVIRUS NO ES UN VIRUS BUENO, ES UN VIRUS MALO

Autor Pictogramas: Sergio Palao Procedencia: ARASAAC Licencia: CC(BY-NC-SA) Autora: Alicia Rosa Ballarín

¿POR QUÉ ES UN VIRUS MALO?



EL CORONAVIRUS ES MALO CON LOS ABUELOS, ADULTOS, Y NIÑOS
PORQUE HACE QUE TODOS ENFERMEN

Autor Pictogramas: Sergio Palao Procedencia: ARASAAC Licencia: CC(BY-NC-SA) Autora: Alicia Rosa Ballarín

¿CÓMO ENFERMAMOS?



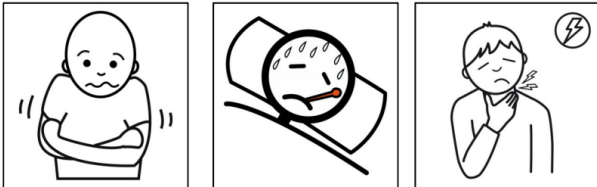
CUANDO UNA PERSONA ENFERMA POR CORONAVIRUS ESTORNUDA O TOSE



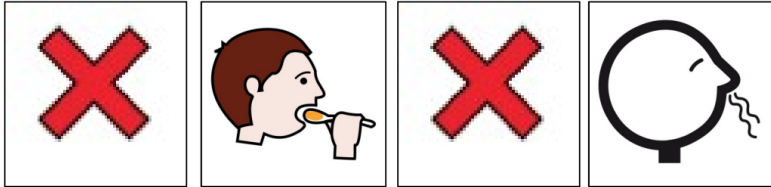
LAS GOTAS DE SALIVA TOCAN NUESTROS OJOS, NARIZ, O BOCA

Autor Pictogramas: Sergio Palao Procedencia: ARASAAC Licencia: CC(BY-NC-SA) Autora: Alicia Rosa Ballarín

¿QUÉ NOS DUELE?



TENEMOS ESCALOFRÍOS, FIEBRE, DOLOR DE GARGANTA



NO TENEMOS HAMBRE, NO TENEMOS OLFATO

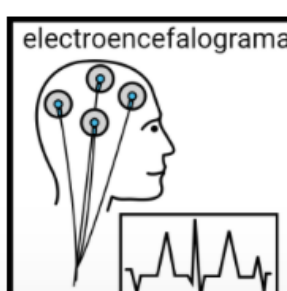
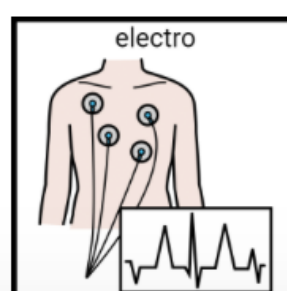
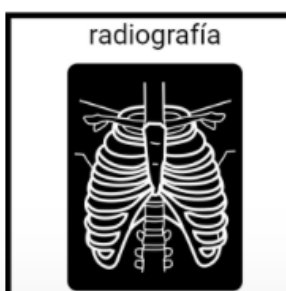
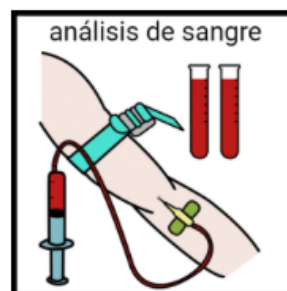
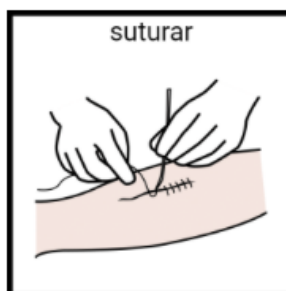
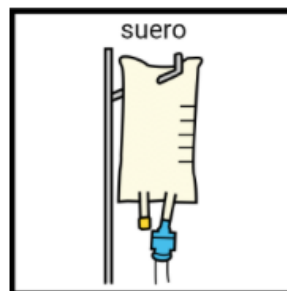
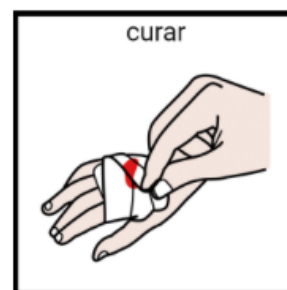
Autor Pictogramas: Sergio Palao Procedencia: ARASAAC Licencia: CC(BY-NC-SA) Autora: Alicia Rosa Ballarín



MI PASAPORTE SANITARIO

Nombre:	
COSAS QUE TIENES QUE SABER SOBRE MI:	
	Cómo me comunico y cómo te puedes comunicar conmigo:
	Cómo debes explorarme o realizar diferentes procedimientos: Ejemplo: Anticipar lo que vas a hacer con fotos, pictogramas... Explicar el procedimiento con frases sencillas y enseñando los objetos. Hablar con voz baja mientras lo haces. Hacerle cosquillas suaves en el brazo para que se quede quieto, darle masajes fuertes....
	Qué es lo que me pone nervioso: Ejemplo: las batas blancas, los pitidos o ruidos altos, que no me preguntes a mi las cosas, no entender lo que estás diciendo, que no tenga tiempo para responder...
	Qué debes hacer si estoy nervioso: Ejemplo: Bajar la luz, poner música suave de fondo, dejar que entren mis padres a la consulta, dejar la puerta abierta y dejar que vaya saliendo y entrando hasta que esté más cómodo...
	Cómo puedes saber si tengo dolor:
	Cómo tomo la medicación: Comprimidos, cápsulas, jarabe, inyecciones...

El profesional sanitario debe señalar el procedimiento que se va a realizar para anticiparlo al paciente.



ANEXO III. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Tabla 12. Estrategia de búsqueda bibliográfica

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE/ BÚSQUEDA	RESULTADOS
PUBMED	<ul style="list-style-type: none"> - "nursing" AND "disability" - "Intellectual disability" AND "nursing". - "Intellectual disability" AND ("Teen" OR "child") AND "nursing". - "intellectual disability" AND "health" - "intellectual disability" AND "family health" - "enfermería" AND "discapacidad" - "discapacidad intelectual" AND "cuidados" AND "enfermería" - "salud familiar" AND "discapacidad" - "discapacidad" AND "familia" - "salud escolar" - "salud escolar" AND "discapacidad" - "competencias salud" FILTROS: Publicado en los últimos 15 años. En inglés y español. Texto completo.	2,309 184 60 3,126 56 5 1 0 0 226 1 0
DIALNET	<ul style="list-style-type: none"> - "nursing" AND "disability" - "enfermería" AND "discapacidad" - "salud familiar" AND "discapacidad" - "discapacidad" AND "familia" - "discapacidad intelectual" AND "cuidadores" - "enfermería" AND "centros de educación especial" - "discapacidad intelectual" AND "clasificación" - "salud escolar" - "salud escolar" AND "discapacidad" - "promoción de salud" AND "escuela" - "competencias salud" FILTROS: Rango de años 2010-2019.	117 219 6 1,727 50 101 67 1678 46 328 1907
CUIDEN	<ul style="list-style-type: none"> - "enfermería" AND "discapacidad" AND "intelectual" - "salud escolar" - "salud escolar" AND "discapacidad" - "promoción de salud" AND "escuela" - "competencias salud" 	24 676 53 525 976
SCIELO	<ul style="list-style-type: none"> - "enfermería" AND "discapacidad" - "enfermería escolar" - "centros de educación especial" - "intellectual disability" - "salud escolar" - "salud escolar" AND "discapacidad" - "promoción de salud" AND "escuela" - "competencias salud" FILTROS: Publicado en los últimos 15 años. En inglés y español. Área Ciencias de la Salud.	53 62 27 112 1218 20 155 799
COCHRANE	<ul style="list-style-type: none"> - "discapacidad intelectual" 	25

Fuente: elaboración propia.

ANEXO IV. Tabla 13. Definición de las subcompetencias para cada ámbito de salud

<p>Ámbito: Promoción de la salud</p> <p>Competencia: «Capacidad y predisposición de las personas para controlar los factores que intervienen en la salud personal y social»</p> <p><i>Saber:</i> conocer los principales problemas y factores de riesgo para la salud personal y social. <i>Saber hacer:</i> intervenir en el entorno para que las opciones saludables sean las más fáciles de tomar. <i>Saber ser:</i> asumir responsabilidades individuales y colectivas y participar en las actuaciones de salud dirigidas a la población.</p>
<p>Ámbito: Alimentación y actividad física</p> <p>Competencia: «Llevar una alimentación saludable y desarrollar una actividad física adecuada»</p> <p><i>Saber:</i> características de una alimentación y actividad física saludables; beneficios y problemas más habituales para la salud derivados de su práctica. <i>Saber hacer:</i> elaborar un plan de dietas equilibradas y de actividad física adecuada y regular; analizar críticamente la publicidad. <i>Saber ser:</i> tomar conciencia de los efectos de la actividad física y la alimentación sobre la salud; apreciar la importancia de realizar una actividad física habitual y regularmente; consolidar hábitos de consumo responsable y solidario.</p>
<p>Ámbito: Prevención de adicciones</p> <p>Competencia: «Detectar y prevenir conductas adictivas»</p> <p><i>Saber:</i> los efectos que producen las distintas sustancias en el organismo y las conductas de riesgo que originan adicción. <i>Saber hacer:</i> detectar las conductas de riesgo; resistir asertivamente a la presión de grupo y utilizar adecuadamente los recursos sociosanitarios. <i>Saber ser:</i> valoración crítica del consumo de drogas; aceptación de la adicción como enfermedad; elevar la autoestima y tomar decisiones de forma responsable; disfrute saludable del ocio y tiempo libre.</p>
<p>Ámbito: Educación afectivo-sexual</p> <p>Competencia: «Desde la identidad sexual, desarrollar una conducta expresada de forma placentera, enriquecedora y saludable»</p> <p><i>Saber:</i> los cambios que se producen en el desarrollo de las personas y de su sexualidad; beneficios de las prácticas sexuales seguras y peligros de las no seguras; conocer las funciones (socio- psico- biológicas) de la sexualidad y sus potencialidades. <i>Saber hacer:</i> diferenciar entre expresiones de afectos placenteros y agradables frente a las incómodas o desagradables; distinguir las relaciones sexuales seguras de las no seguras; habilidad para saber llevar a cabo sexo seguro. <i>Saber ser:</i> manifestar la sexualidad con naturalidad, afectividad y responsabilidad; desarrollar actitudes de aceptación, respeto y valoración de la propia sexualidad y de la de los demás; promover respeto y estima hacia el cuerpo sexuado.</p>
<p>Ámbito: Higiene</p> <p>Competencia: «Desarrollar y mantener pautas de higiene diaria que prevengan la aparición de enfermedades y mejoren la calidad de vida».</p> <p><i>Saber:</i> las medidas necesarias para el cuidado del cuerpo y las consecuencias de no hacerlo; los agentes que pueden producir enfermedades y sus vías de transmisión. <i>Saber hacer:</i> desarrollar las pautas de conducta necesarias para mantener una higiene corporal y ambiental correcta; utilización adecuada de los servicios médicos. <i>Saber ser:</i> evitar ser un agente vector en la transmisión de enfermedades; desarrollar estrategias para mejorar la salud personal y ambiental.</p>
<p>Ámbito: Salud mental y emocional</p> <p>Competencia: «Detectar y combatir situaciones de riesgo conducentes a la ansiedad, estrés o depresión y rechazar la violencia en cualquiera de sus formas»</p> <p><i>Saber:</i> conocimientos conducentes al fomento de la autoestima y de habilidades personales de comunicación. <i>Saber hacer:</i> actuar de forma responsable con capacidad para hacer frente a situaciones hostiles; capacidad de autocontrol; utilizar las 10 Habilidades para la Vida (Life Skills Education in Schools, OMS, 1993). <i>Saber ser:</i> mantener una alta autoestima, asertividad, y practicar las habilidades sociales; disfrutar del ocio saludable y procurar la solidaridad con las personas más desfavorecidas.</p>
<p>Ámbito: Prevención de accidentes y educación vial</p> <p>Competencia: «Prevención de riesgos en nuestro entorno y contención de accidentes»</p> <p><i>Saber:</i> las situaciones y los elementos de riesgo; prevención de los accidentes más comunes. <i>Saber hacer:</i> evaluar situaciones de riesgo y actuar de forma adecuada en caso de accidente. <i>Saber ser:</i> responsabilidad, serenidad y colaboración en casos de riesgo o accidente.</p>
<p>Ámbito: Salud ambiental</p> <p>Competencia: «Conocer, valorar y contribuir a la creación de un ambiente saludable»</p> <p><i>Saber:</i> las características de un ambiente sano y las señales de su deterioro; efectos del medio ambiente sobre la salud humana. <i>Saber hacer:</i> cuidar el medio ambiente, contribuir a su mejora y evitar ambientes insalubres. <i>Saber ser:</i> comprometerse con la creación de un medio ambiente sano; solidarizarse con quienes compartimos la Tierra y con quienes la heredarán.</p>

Fuente: Gavidia Catalán (2016).

ANEXO V. ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

- Organización Mundial de la Salud (OMS).
- Organización de las Naciones Unidas (ONU).
- Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs).
- Medical Subject Headings (MeSH).
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).
- Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo (AAIDD).
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Organización de las Naciones Unidas (ONU).
- Centros de Educación Especial (CEE).
- Alumnos con Necesidades Educativas Especiales (ACNEE).
- Ley Orgánica de Modificación de la Ley Orgánica de Educación (LOMLOE).
- Consejo General de Enfermería (CGE).
- Consejo Internacional de Enfermería (CIE).
- Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).
- Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF).
- Coeficiente Intelectual (CI).
- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5).
- Asociación Americana de Psicología (APA).
- Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE).
- Instituto Nacional de Estadística (INE).
- Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra (CREENA).
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).
- Competencias en Salud (COMSAL):
- Schools for Health in Europe (SHE).
- Sociedad Científica Española de Enfermería Escolar (SCEEE)

- Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE)
- Comunidades Autónomas (CCAA).
- Asociación Madrileña de Enfermería de Centros Educativos (AMECE).

ANEXO VI. MARCO NORMATIVO

- Ley Orgánica de Modificación de la Ley Orgánica de Educación (LOMLOE).
- Ley 14/1970 General de Educación y Financiamiento de la Reforma educativa (artículo 51).
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE).
- Ley Orgánica para la Mejora de la Calidad Educativa (LOMCE).
- Ley 8/2008 de los Derechos de Salud de niños y adolescentes (artículo 10.4).
- BOE, Real Decreto 126/2014.
- BOE, Real Decreto 1105/2014.
- Real Decreto 334/1985 de Ordenación de la Educación Especial.
- Declaración de Salamanca 1994.
- Declaración de Bolonia y el Espacio Europeo de Educación 1999.
- Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (artículo 3 y 9) ONU, 2006.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículo 26) ONU, 1948.
- Declaración de los Derechos del Niño (artículo 7) ONU, 1959.
- Constitución española de 1978 (art.49)

BIBLIOGRAFÍA

1. Antequera Maldonado, M., 2008. *Manual de atención al alumnado con necesidades específicas de apoyo educativo derivadas de discapacidad intelectual*. Sevilla: Dirección General de Participación y Equidad en Educación.
2. Catalán, V. G., Fernández, A. G., Ortega, M. T., Mocholí, C. S., & García-Berlanga, O. M. (2019). Alfabetización en salud a través de las competencias. *Enseñanza de las ciencias: revista de investigación y experiencias didácticas*, 37(2), 107-126.
3. Lima-Rodríguez, J. S., Baena-Ariza, M. T., Domínguez-Sánchez, I., & Lima-Serrano, M. (2018). Discapacidad intelectual en niños y adolescentes: influencia en la familia y la salud familiar. Revisión sistemática. *Enfermería Clínica*, 28(2), 89-102.
4. Cruz Ortiz, M., Pérez Rodríguez, M., & Jenaro Río, C. (2010). Enfermería y discapacidad: una visión integradora. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 177-181.
5. Delgado-González, O., Palacio-Sheryz, M., Díaz-Reyes, E., Osaría-Quintana, R., & Forment-Poutou, S. (2020). Salud familiar en niños con discapacidad intelectual. *Revista Información Científica*, 99(1), 30-37.
6. Trollor, J. N., Eagleson, C., Turner, B., Salomon, C., Cashin, A., Iacono, T., ... & Lennox, N. (2016). Intellectual disability health content within nursing curriculum: An audit of what our future nurses are taught. *Nurse Education Today*, 45, 72-79.
7. Furst, M. A. C., & Salvador-Carulla, L. (2019). Intellectual disability in Australian nursing education: Experiences in NSW and Tasmania. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44(3), 357-366.
8. Hernández Posada, Á. (2004). Las personas con discapacidad: su calidad de vida y la de su entorno. *Aquichan*, 4(1), 60-65.
9. Gavidia, V. (2016). El Proyecto Comsal (Competencias en Salud). *Los Ocho Ámbitos de la Educación para la Salud en la Escuela*, 3-18.
10. Bahamonde García, J. M., Otaduy Zubia, M., & Bosque Martínez, C. (2019). Rol del profesional de Enfermería en una unidad de atención a personas con discapacidad intelectual y problemas de salud mental. *Metas enfermería*, 28-32.
11. Abellán, R. M., de Haro Rodríguez, R., & Frutos, A. E. (2010). Una aproximación a la educación inclusiva en España. *Revista de educación inclusiva*, 3(1), 149-164.
12. Guevara Benítez, Y., & González Soto, E. (2012). Las familias ante la discapacidad. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(3).
13. Silva Vera, M. (2015). Satisfacción de los cuidadores principales con la Ley de Dependencia: el caso de los padres/tutores legales de niños y jóvenes con discapacidad mental.
14. Doody, O., Lyons, R., & Ryan, R. (2019). The experiences of adults with intellectual disability in the involvement of nursing care planning in health services. *British Journal of Learning Disabilities*, 47(4), 233-240.
15. Miralles, M. E. P., & Femenia, J. R. (2004). Valoración de enfermería para una persona con discapacidad intelectual severa y profunda. *Enfermería global: Revista electrónica trimestral de enfermería*, 3(1), 16-9.
16. Álvarez Rosete, A., & Jiménez Lara, A. (2018). Modelos integrados de atención a la discapacidad.
17. Fonseca, D. A. (2018). Efectividad de la participación del profesional de enfermería en los centros de enseñanza especial. *Enfermería actual en Costa Rica*, (1).
18. Peralta López, F., & Arellano Torres, A. (2013). Familia y discapacidad. Una perspectiva teórico-aplicada del Enfoque Centrado en la Familia para promover la autodeterminación.
19. Rubio, J. G. (2017). Evolución legislativa de la educación inclusiva en España. *Revista de Educación Inclusiva*, 10(1), 251-264.
20. García, E. G. (2009). Evolución de la Educación Especial: del modelo del déficit al modelo de la Escuela Inclusiva. In *El largo camino hacia una educación inclusiva: la educación especial*

- y social del siglo XIX a nuestros días: XV Coloquio de Historia de la Educación, Pamplona-Iruñea, 29, 30 de junio y 1 de julio de 2009(pp. 429-440). Universidad Pública de Navarra.
21. Moriña Díez, A. (2002). El camino hacia la inclusión en España: una revisión de las estadísticas de Educación Especial. *Revista de Educación*, 327, 395-416.
 22. Isusi, D. D., & Gallardo, R. M. La evaluación de la competencia curricular del alumnado con necesidades educativas especiales.
 23. Hernández, J., de la Fuente, Y. M., & Campo, M. (2016). La accesibilidad universal y el diseño para todas las personas factor clave para la inclusión social desde el design thinking curricular.
 24. García, C. E., & Sánchez, A. S. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Boletín del RPD*, 50, 15-30.
 25. Aldaya Celada, F. (2014). Cuidadores principales no profesionales de personas dependientes.
 26. Schalock, R. L., & Verdugo Alonso, M. Á. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual.
 27. Arrazola, F. J. L., Pérez, O. D., Sannino, C., & de la Eranueva, R. M. (2014). La atención sanitaria a las personas con discapacidad. *Revista Española de Discapacidad*, 2(1), 151-164.
 28. Gutiérrez, J. J. (2003). Formación en promoción y educación para la salud. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud de la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
 29. Pérez, M. J., Echauri, M., Ancizu, E., & Chocarro, J. Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra: Instituto de Salud Pública; 2000.
 30. San Martín, L. (2020). Desensibilización sanitaria en las aulas. Centro de Educación Especial Isterria.
 31. Valdelomar I., Iriarte., G. Evolución de la educación especial en Navarra 1970-2020: Archivo Contemporáneo de Navarra.
 32. Plena Inclusión Madrid: <https://plenainclusionmadrid.org>