

GUÍA DE INFORMACIÓN SOBRE EJES DIAGNÓSTICOS

A Alumnado con Necesidades Educativas Específicas (NEE) asociadas a Discapacidad y/o Comportamiento

1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

1.1. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Capacidad intelectual general muy por debajo del promedio: un C.I. de 70 o inferior obtenido mediante una prueba de inteligencia administrada de forma individual (en el caso de niños más pequeños, se considerará el juicio clínico que determine una capacidad intelectual general muy por debajo del promedio. Este criterio permitirá establecer el diagnóstico cuando las pruebas de inteligencia disponibles no permitan obtener valores de C. I.).

Existencia de déficits o deterioros concurrentes en la capacidad adaptativa, por ejemplo, en la eficacia personal del niño para conseguir el rendimiento esperado para su edad y grupo cultural, en áreas como habilidades sociales y responsabilidad personal, comunicación, habilidades para resolver problemas cotidianos, independencia personal y autosuficiencia.

Comienzo antes de los 18 años.

Niveles de gravedad:

Existen cuatro niveles de gravedad que reflejan el grado de deterioro intelectual: leve, moderado, grave y profundo. Los valores de C.I. utilizados para diferencias entre los cuatro niveles de gravedad son:

<u>Niveles de gravedad</u>	<u>C. I.</u>
Leve	de 50-55 a 70
Moderado	de 35-40 a 50-55
Grave	de 20-25 a 35-40
Profundo	por debajo de 20-25

1.1.1. Discapacidad intelectual leve (de 50-55 a 70)

C. I. de 50-55 a 70

Los niños de este nivel de retraso mental pueden desarrollar habilidades sociales y de comunicación durante el período preescolar. Tiene un deterioro mínimo en las áreas sensomotrices, siendo a veces difícil distinguirlos de los niños normales, y obliga a establecer el diagnóstico en una edad más avanzada.

Pueden desarrollar apropiadamente las habilidades sociales y de comunicación, teniendo potencial suficiente para adaptarse e integrarse a nivel educativo, laboral y social. Necesitan programas educativos muy estructurados.

1.1.2. Discapacidad intelectual moderada (de 35-40 a 50-55)

C. I. de 35-40 a 50-55

Los niños de este nivel de retraso mental pueden mantener una conversación y aprender habilidades de comunicación durante los primeros años de la niñez.

Aunque los progresos escolares son limitados, algunos aprenden lo esencial para la lectura, la escritura y el cálculo (ciclo inicial de Educación Primaria).

Presentan lentitud en el desarrollo de la comprensión y uso del lenguaje y alcanzan en este área un dominio limitado. Pueden beneficiarse de un entrenamiento profesional y con una supervisión moderada, pueden cuidarse a sí mismos. Pueden beneficiarse del aprendizaje de habilidades sociales y laborales, e integrarse a nivel educativo, necesitando programas educativos muy estructurados..

1.1.3. Discapacidad Intelectual grave (de 20-25 a 35-40)

C.I. DE 20-25 A 35-40

Durante el período preescolar se observa un desarrollo motor pobre y el niño adquiere pocas o nulas habilidades verbales para la comunicación.

En la etapa escolar puede aprender hábitos de conversación y recibir entrenamiento en los principales hábitos de higiene.

Pueden desarrollar destrezas, habilidades, actitudes y procedimientos del currículum de la etapa infantil.

1.1.4. Discapacidad Intelectual profunda (por debajo de 20-25)

C. I. por debajo de 20-25

Durante los primeros años estos niños muestran una capacidad mínima para el funcionamiento sensoriomotor. Requieren para su óptimo desarrollo, un entorno altamente estructurado, con ayuda y supervisión constantes, y una relación personalizada con su cuidador/a. El desarrollo motor, la autonomía y las habilidades de comunicación pueden perfeccionarse con un entrenamiento adecuado.

1.2. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO

Se caracterizan por una perturbación grave y generalizada de varias áreas del desarrollo: afectación de las habilidades de interacción social; afectación de la comunicación o existencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Las alteraciones cualitativas de estos trastornos son claramente impropias del nivel de desarrollo o edad mental del sujeto. Los trastornos suelen aparecer en los primeros años de vida, asociados habitualmente a algún grado de retraso mental.

12.1. Autismo

Criterios para el diagnóstico del trastorno autista.

A. Un total de 6 (o más) ítems de (1), (2) Y (3), con por lo menos dos de (1), y uno de (2) y de (3):

(1) Alteración cualitativa de la interacción social, manifestada al menos por dos de las siguientes características:

a) importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales, como son contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.

- b) incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros adecuadas al nivel de desarrollo.
 - c) ausencia de la tendencia espontánea para compartir con otras personas disfrutes, intereses y objetivos (p.ej. no mostrar, traer o señalar objetos de interés).
 - d) falta de reciprocidad social o emocional.
- (2) Alteración cualitativa de la comunicación manifestada al menos por dos de las siguientes características:
- a) retraso o ausencia total del desarrollo del lenguaje oral (no acompañado de intentos para compensarlo mediante modos alternativos de comunicación, tales como gestos o mímica).
 - b) en sujetos con un habla adecuada, alteración importante de la capacidad para iniciar o mantener una conversación con otros.
 - c) utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje o lenguaje idiosincrásico.
 - d) ausencia de juego realista espontáneo, variado, o de juego imitativo social propio del nivel de desarrollo.
- (3) Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, manifestados por lo menos mediante una de las siguientes características:
- a) preocupación absorbente por uno o más patrones estereotipados y restrictivos de interés que resulta anormal, sea en su intensidad, sea en su objetivo.
 - b) adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos, no funcionales.
 - c) manierismos motores estereotipados y repetitivos (p.ej., sacudir o girar las manos o dedos, o movimientos complejos de todo el cuerpo).
 - d) preocupación persistente por partes de objetos.
- B. Retraso o funcionamiento anormal en por lo menos una de las siguientes áreas, que aparece antes de los 3 años de edad: (1) interacción social, (2) lenguaje utilizado en la comunicación social o (3) juego simbólico o imaginativo.
- C. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de Rett o de un trastorno desintegrativo infantil.

1.2.2. Trastorno de Rett.

Características

- Periodo prenatal y perinatal aparentemente normal con un desarrollo psicomotor normal durante los 5 primeros meses de vida. Entre los 5 y los 48 meses de edad el crecimiento craneal se desacelera.
- Entre los 5 y los 30 meses de edad se produce una pérdida de habilidades manuales intencionales previamente adquiridas, con el subsiguiente desarrollo de unos movimientos manuales estereotipados característicos, que semejan escribir o lavarse las manos.

- El interés por el ambiente social disminuye en los primeros años posteriores al inicio del trastorno, aunque la interacción social a menudo se desarrolla posteriormente.
- Se establecen alteraciones de la coordinación de la marcha y de los movimientos del tronco.
- Retraso psicomotor grave o profundo con una alteración grave del desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo.
- Este trastorno sólo ha sido diagnosticado en mujeres.

1.2.3. Trastorno de Asperger.

Características

- Alteración grave y persistente de la interacción social que se manifiesta en:
 - Importante alteración del uso de múltiples comportamientos no verbales como contacto ocular, expresión facial, posturas corporales y gestos reguladores de la interacción social.
 - Incapacidad para desarrollar relaciones con compañeros apropiadas al nivel de desarrollo del sujeto.
 - Ausencia de la tendencia espontánea a compartir disfrutes, intereses y objetivos con otras personas.
 - Ausencia de reciprocidad social o emocional.
- Patrones de comportamiento, intereses y actividades restrictivos, repetitivos y estereotipados manifestados al menos por una de las siguientes características:
 - Preocupación absorbente por uno o más patrones de intereses estereotipados.
 - Adhesión aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.
 - Manierismos motores estereotipados y repetitivos.
 - Preocupación persistente por partes de objetos.
- No hay retraso en el lenguaje. Este suele ser pedante, repetitivo y monótono.
- Desarrollo cognitivo normal y C.I. normal. A veces aparece torpeza motriz.

1.2.4. Trastorno desintegrativo infantil.

Características

- Marcada regresión en múltiples áreas de actividad tras un periodo de por lo menos dos años de desarrollo aparentemente normal, manifestados por una comunicación verbal y no verbal, unas relaciones sociales, un juego y un comportamiento adaptativo apropiados a la edad del sujeto.
- Tras los dos primeros años de vida, pero antes de los 10 años de edad, el niño experimenta una pérdida clínicamente significativa de habilidades adquiridas anteriormente, por lo menos en dos de las siguientes áreas: lenguaje expresivo o receptivo, habilidades sociales o comportamiento adaptativo, control vesical o intestinal, juego o habilidades motoras.

- Manifiestan los déficits sociales y comunicativos y las características comportamentales generalmente observados en el trastorno autista:
 - Alteración cualitativa de la interacción social: alteración de comportamientos no verbales, incapacidad para desarrollar relaciones con los compañeros, ausencia de reciprocidad social o emocional.
 - Alteración cualitativa de la comunicación: retraso o ausencia de lenguaje hablado, incapacidad para iniciar o sostener una conversación, utilización estereotipada y repetitiva del lenguaje, ausencia de juego realista variado.
 - Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados, en los que se incluyen estereotipias motoras y manierismos.
- Suele asociarse a trastorno mental grave.
- Pueden observarse síntomas o signos neuróticos no específicos. Parece existir un incremento de la frecuencia de alteraciones del EEG y trastornos compulsivos.

1.2.5. Trastorno generalizado del desarrollo no especificado (incluyendo autismo atípico).

Características

- Existe una alteración grave y generalizada del desarrollo de la interacción social recíproca o de las habilidades de la comunicación no verbal o cuando hay comportamientos, intereses y actividades estereotipadas, pero no cumple los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo específico, esquizofrenia, trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación.

2. TRASTORNO DE LA COMUNICACIÓN.

2.1. AFASIA

Una afasia es una disfunción en el centro del lenguaje del cerebro que imposibilita o disminuye la capacidad de comunicarse mediante el lenguaje, la escritura o los signos, conservando la inteligencia y los órganos fonatorios. Alteración del lenguaje por una lesión cerebral focal.

Afasia infantil adquirida

Perdida total o parcial del lenguaje en niños antes de que alcancen su adquisición completa, menores de 10 años, por causa de una lesión cerebral adquirida que afecta a las áreas relacionadas con el lenguaje, como consecuencia de un daño cerebral focal o asociada a epilepsia (síndrome de Landau - Kleffner).

Criterios :

- A. Pérdida total o parcial del lenguaje de modo brusco en niños que ya poseían lenguaje.
- B. Lesión cerebral localizada, diagnosticada o muy presumible.
- C. No es debido a Parálisis cerebral, trastornos graves del desarrollo ni deficiencia mental.

Afasia infantil congénita

Ausencia o casi ausencia del desarrollo del lenguaje oral en un niño, sin que pueda atribuirse a deficiencia mental, deficiencia auditiva, deficiencia motora o trastornos conductuales. (Estos niños manifiestan conductas comunicativas espontáneas que lo diferencian de los niños autistas o psicóticos).

2.2. TRASTORNO ESPECÍFICO DE LENGUAJE/DISFASIA.

- Se trata de trastornos significativos en la adquisición, comprensión o expresión del lenguaje, en los aspectos léxicos, fonológicos, morfosintácticos y/o en el uso comunicativo del lenguaje no esperables para la edad y lengua materna del niño. El retraso debe ser de al menos dos años e interferir en otras áreas del aprendizaje escolar y en la comunicación social. Los trastornos no pueden explicarse por discapacidad sensorial, motora, intelectual o por la influencia de factores socioculturales.

2.2.1 TRASTORNO FONOLÓGICO.

Se trata de un trastorno específico del desarrollo, en la que la pronunciación de los fonemas por parte del niño está a un nivel inferior al adecuado a su edad mental. Incluye errores de la producción fonológica que comporta incapacidad para producir correctamente los sonidos del habla.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen que la capacidad para la articulación de la palabra, evaluada mediante tests estandarizados, se sitúe dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado y una discrepancia entre CI verbal y no verbal de una desviación estándar.

Criterios para el diagnóstico según DSM -IV

- A. Síntomas propios del trastorno fonológico**
 - Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutiva-mente y propios de la edad e idioma del sujeto (p. ej., errores de la producción
 - Utilización, representación u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro (utilización del sonido /t/ en lugar de /k/
 - Omisiones de sonidos tales como consonantes finales).
 - Se consideran las omisiones de sonidos más graves que las sustituciones.

- Las sustituciones son más graves que las distorsiones de sonidos.
 - La gravedad oscila entre un efecto muy escaso o nulo sobre la inteligibilidad del habla, hasta un habla completamente ininteligible.
- B.** Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
- C.** Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

2.2.2. TRASTORNO DEL LENGUAJE EXPRESIVO.

Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la capacidad del niño para la expresión del lenguaje oral es marcadamente inferior al nivel adecuado a su edad mental, pero en el que la comprensión del lenguaje está dentro de los límites normales.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen puntos de corte específicos para las puntuaciones de lenguaje expresivo: dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado y una discrepancia entre CI verbal y no verbal de una desviación estándar.

Criterios para el diagnóstico según DSM -IV

- A.** Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo.
- Los síntomas propios del trastorno del lenguaje expresivo.
- Vocabulario sumamente limitado.
 - Dificultades en la memorización y evocación de palabras: sustituciones, circunloquios, generalizaciones... Dificultades para adquirir nuevas palabras.
 - Dificultades en la producción de frases de longitud o complejidad propias del nivel evolutivo del sujeto: limitada variedad de estructuras, frases excesivamente cortas, orden inusual de palabras, omisiones de partes críticas de las oraciones, errores en los tiempos verbales...
 - Enlentecimiento en el desarrollo del lenguaje (comienzo tardío, progreso muy lento).
- B.** Las dificultades del lenguaje expresivo interfieren el rendimiento académico o la interacción social.
- C.** No se cumplen los criterios de trastorno mixto del lenguaje

receptivo-expresivo ni de un trastorno generalizado del desarrollo.

- D. Si el trastorno del lenguaje expresivo se añade a un retraso mental, a un déficit auditivo o motor del habla, o privación ambiental las deficiencias del lenguaje deben exceder a las habitualmente asociadas a tales problemas.

2.2.3. TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE RECEPTIVO-EXPRESIVO

Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la comprensión del lenguaje por parte del niño es inferior al nivel adecuado a su edad mental. Existe además un deterioro notable de la expresión del lenguaje.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación del CIE 10 proponen puntos de corte para las puntuaciones de lenguaje receptivo: dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado y una discrepancia entre CI verbal y no verbal de una desviación estándar.

Criterios para el diagnóstico según DSM -IV

A. Las puntuaciones obtenidas mediante evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo.

Los síntomas propios del trastorno del lenguaje receptivo-expresivo.

- Dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras (ej. términos espaciales).
- Déficit en el procesamiento temporal-auditivo: discriminación de sonidos, asociación de sonidos y símbolos, memorización y secuenciación.
- Puede seguir instrucciones de manera incorrecta o no seguirlas.
- Puede dar respuestas tangenciales o inadecuadas a las preguntas que le formulan.
- Las habilidades para la conversación (respetar turnos, mantener tema) suelen ser muy deficientes o inadecuadas.

B. Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente en el rendimiento académico o en situaciones de interacción social

No se cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo.

C. Si el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, se añade a un retraso mental, déficit auditivo o motor de habla,

o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje deben exceder a las habitualmente asociadas a tales problemas...

2.3 TRASTORNOS DE APRENDIZAJE. DIFICULTADES ESPECÍFICAS DE APRENDIZAJE.

Dificultades específicas de aprendizaje: término general que hace referencia a un grupo heterogéneo de alteraciones en uno o más de los procesos cognitivos implicados en la comprensión y producción del lenguaje, la lectura, la escritura y/o el cálculo aritmético con implicaciones relevantes para el aprendizaje escolar. Estas alteraciones pueden tener base neurobiológica y pueden manifestarse a lo largo del ciclo vital.

2.3.1 TRASTORNO DE LECTURA.

Dislexia: trastorno específico del aprendizaje de la lectura de base neurobiológica, que afecta de manera persistente a la decodificación fonológica (exactitud lectora) y/o al reconocimiento de palabras (fluidez y velocidad lectora) interfiriendo en el rendimiento académico con un retraso lector de al menos 2 años. Suele ir acompañado de problemas en la escritura. Es un trastorno resistente a la intervención y no puede ser explicado por discapacidad sensorial, física, motora o intelectual ni por falta de oportunidades para el aprendizaje o factores socioculturales.

Retraso lector: trastorno del aprendizaje de la lectura y la escritura que afecta a la exactitud, fluidez y velocidad lectora y/o comprensión lectora así como a la exactitud en la escritura y que puede explicarse por dificultades de lenguaje, por discapacidad sensorial, motora, intelectual o por la influencia de factores socioeconómicos y culturales. El retraso en la lectura es de entre uno y dos años, afecta a otras áreas del aprendizaje escolar y, en general, suele responder bien a la intervención

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen que el punto de corte para el diagnóstico de este trastorno, la dislexia, se sitúe dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado de capacidad de lectura.

Criterios diagnósticos tomando como base el DSM IV.

A. El rendimiento en lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

Los síntomas propios del trastorno

- El alumno/a con trastorno de lectura presenta una capacidad intelectual normal pero un desarrollo de los procesos lectores por debajo de lo esperable en atención a su escolarización, edad y nivel intelectual.

- *En la lectura oral se observa::*

- Omisiones, sustituciones, distorsiones o adiciones de palabras o parte de las palabras.

- Lectura lenta tanto oral como silenciosa
- Está afectada la precisión y velocidad lectora.
- Falsos arranques, largas vacilaciones o pérdidas del sitio del texto que se está leyendo
- Inversiones de palabras en frases o de letras dentro de palabras.
- *En la comprensión de la lectura se observa:*
- Errores en comprensión
- Incapacidad de recordar lo leído
- Dificultades para extraer conclusiones o realizar inferencias del texto leído
- Tendencia a recurrir a conocimientos generales, más que a la información obtenida a través de la lectura, para contestar a preguntas sobre ella.

B. La alteración del Criterio A interfiere significativamente el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.

En coherencia con todo ello, habitualmente presentan alteraciones en uno o varios de los siguientes procesos cognitivos: percepción visual, procesos lingüísticos, atención o memoria...

2.3.2 TRASTORNO DE LA EXPRESIÓN ESCRITA.

Trastorno del aprendizaje de la escritura que afecta a la exactitud en la escritura de palabras, a la sintaxis, composición o a los procesos grafomotores. El retraso en la escritura debe ser al menos dos años. No puede ser explicado por discapacidad sensorial, física, motora o intelectual ni por falta de oportunidades para el aprendizaje o factores socioculturales.

La CIE-10 no recoge el trastorno de la expresión escrita, si bien en su lugar incluye el trastorno específico del deletreo. El DSM-IV incluye los problemas de deletreo dentro de la definición del trastorno de la expresión escrita, aunque para realizar el diagnóstico resulta indispensable que existan dificultades para la escritura.

Criterios para el diagnóstico según DSM -IV

- A. El rendimiento en lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del sujeto, su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.

Los síntomas propios del trastorno

- El alumno/a con trastorno de expresión escrita, presenta una capacidad intelectual normal pero un desarrollo de los procesos de escritura por debajo de lo esperable en atención a su escolarización, edad y nivel intelectual.

- Las limitaciones que presentan los alumnos/as se observan especialmente en la estructuración de frases y en la composición de textos escritos. Su grafía está afectada, y es frecuente que presenten múltiples errores ortográficos y de puntuación, pero sobre todo una estructuración inadecuada de las frases (errores gramaticales) y una pobre organización de los párrafos de un texto.

- B. Todo ello, interfiere significativamente en su rendimiento académico y/o en actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos escritos (copia, escritura al dictado y escritura espontánea)

2.3.3 TRASTORNO DEL CÁLCULO

Trastorno del aprendizaje del cálculo que se manifiesta en dificultades para aprender a contar, para desarrollar y comprender conceptos matemáticos y sus relaciones; retener, recordar y aplicar datos y procedimientos de cálculo y/o analizar problemas matemáticos, resolverlos y hacer estimaciones del resultado. Las dificultades no son esperables para la edad del niño (al menos dos años de retraso) e interfieren en el progreso de aprendizaje de las matemáticas. No puede ser explicado por discapacidad sensorial.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen que el punto de corte para el diagnóstico de este trastorno, la dislexia, se sitúe dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado de capacidad de cálculo.

Criterios para el diagnóstico según DSM -IV.

A. El alumno/a con trastorno del cálculo, presenta buena una capacidad intelectual normal pero un desarrollo de sus habilidades aritméticas por debajo de lo esperable en atención a su escolarización, edad y nivel intelectual, que repercute en su rendimiento académico y/o en actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.

En estos alumnos/as se observan limitaciones a diferentes niveles:

- Reconocimiento o lectura de símbolos numéricos o signos aritméticos y agrupamiento de objetos
- Reproducción de números o cifras
- Atención y recuerdo numérico que ocasiona dificultades a la hora de aprender a contar y seguir secuencias matemáticas y conducen a errores en las operaciones matemáticas básicas
- Comprensión o denominación de términos matemáticos, operaciones o conceptos, y de decodificación de problemas escritos en símbolos matemáticos
- Con frecuencia estos alumnos/as presentan alteraciones en su capacidad viso-espacial y viso-perceptiva, y buenas habilidades verbales y de lecto-escritura.

B. Todo ello, interfiere significativamente en su rendimiento académico y/o en actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de cálculo.

3. DISCAPACIDAD AUDITIVA

En este censo se incluirá a alumnado con necesidades educativas especiales asociadas a una discapacidad auditiva permanente. Estos alumnos tienen que presentar un diagnóstico médico donde se indique que el déficit auditivo corresponde a una hipoacusia:

- *Neurosensorial o perceptiva*
- *Bilateral*, es decir, en ambos oídos.
- *De grado medio o moderado, severo o profundo.*

Y que requieren el uso de audífonos o de implante coclear.

El grado de pérdida auditiva puede venir especificado en el informe del otorrino, pero si no es así y aparecen las gráficas de la audiometría tonal, se debe realizar una operación aritmética por cada una de ellas. Para ello, se suman los decibelios que aparecen en las frecuencias conversacionales, es decir, en 500 Hz. (0,5 K.), en 1.000 Hz. (1 K.), en 2.000 Hz. (2 K.), y en 3.000 Hz (3 K.) y se divide entre cuatro. De esta forma se obtiene la pérdida media de cada oído. Si en algunas frecuencias no aparece respuesta (la gráfica cae en vertical), se considera para hacer la media una pérdida de 120 dBs.

Se considera el grado de pérdida auditiva a través de los resultados que obtiene en una audiometría tonal realizada sin la ayuda protésica (audífonos o implante coclear).

Cuando el déficit auditivo es diferente entre uno y otro oído, la clasificación se hace en función del grado de pérdida del oído que mejor oye.

Además de presentar un diagnóstico de hipoacusia neurosensorial bilateral de grado medio, severo o profundo, deben presentar necesidades educativas especiales para ser incluidos en el censo.

Las necesidades educativas se pueden centrar en el ámbito del desarrollo o de la habilitación de la audición y el lenguaje oral y/o en el ámbito curricular.

Clasificación:

3.1 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DE GRADO MEDIO O MODERADO (40-70 DBS).

Los niños con este grado de pérdida auditiva necesitan que se eleve la voz para poder percibir el mensaje con claridad. Si se les habla con voz baja o más allá de 1,5 m. no entenderán bien lo que se dice. Son niños que dicen oír pero no entender bien. Las dificultades aumentan a medida que la pérdida se acerca a 70 dBs.

Adquieren el lenguaje por vía auditiva aunque con dificultad. Los niños con estas pérdidas auditivas suelen presentar problemas articulatorios porque hay bastantes sonidos consonánticos que no los perciben con nitidez. Desarrollan el lenguaje con retraso, el vocabulario que utilizan es más pobre y sencillo y persisten durante más tiempo problemas

formales propios de la evolución.

En el aula, mantienen menos la atención en actividades de lenguaje oral y pueden perderse en situaciones de conversación rápida o con ruidos de fondo.

Estos niños necesitan audífonos. A través de ellos les va a llegar el lenguaje aunque no con la inteligibilidad de una audición normal, sobre todo si el grado de pérdida se acerca a 70 dBs.

3.2 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DE GRADO SEVERO (70-90 DBS).

Los niños con este déficit auditivo tienen grandes dificultades para entender las palabras. A fuerte intensidad pueden percibirlos de forma imprecisa. Si la pérdida se acerca a 90 dBs, muchos sonidos no los perciben. Su habla suele ser monótona y poco inteligible, y presentan un importante retraso de lenguaje. El proceso de adquisición normal del lenguaje se ve muy afectado.

Necesitan audífonos y una intervención logopédica especializada para desarrollar el lenguaje oral.

Estos niños miran a la boca para compensar lo que por vía auditiva y a través de los audífonos no les llega con claridad, especialmente en circunstancias acústicas y lingüísticas no óptimas.

3.3 HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL BILATERAL DE GRADO PROFUNDO (+ 90 DBS).

Tan solo perciben ruidos muy intensos y alguno de ellos por el componente vibratorio. No pueden percibir la palabra ni controlar su propia habla y, por lo tanto, no desarrollan el lenguaje oral de forma natural. La sordera es el principal síntoma.

Una detección precoz, una ayuda protésica eficaz como es el implante coclear y un trabajo educativo especializado con el niño y con la familia pueden llegar a paliar las graves implicaciones de una deficiencia auditiva de este grado.

4. DISCAPACIDAD VISUAL

Niveles de deterioro visual basados en las recomendaciones del grupo de estudio sobre la prevención de la ceguera de la OMS.

En el informe del oftalmólogo deberán constar los datos relativos a la Agudeza Visual y al Campo Visual. Con ellos se establecen los ejes diagnósticos de los alumnos ciegos y de baja visión susceptibles de atención debido a su discapacidad visual.

En este censo sólo se deben incluir aquellos alumnos que en el informe oftalmológico se especifique una agudeza visual de lejos de 0,3 o menor y/o con una reducción del campo visual a 10°.

4.1. BAJA VISIÓN: DISCAPACIDAD VISUAL MODERADA.

- Alumnos con una **Agudeza Visual de Lejos comprendida entre 0,30 y 0,12.**
- Su resto de visión les permite realizar tareas visuales con buena iluminación y con el empleo de ayudas ópticas (gafas, lupas...).
- Utilizan el código tinta para acceder a la información escrita.
- Pueden requerir aumento de tiempo para realizar las tareas escolares y algunas adaptaciones puntuales (ampliaciones) de su material escolar.
- Alumnos que no pueden ser afiliados a la ONCE.

4.2. BAJA VISIÓN: DISCAPACIDAD VISUAL GRAVE.

- Alumnos con una **Agudeza Visual de Lejos comprendida entre 0,1 y 0,06.**
 - Su resto funcional de visión les permite realizar tareas visuales, controlando la iluminación y empleando ayudas ópticas con mayor capacidad de aumento (lupa TV, telescopio, telemicroscopio ...)
 - Utilizan el código tinta para acceder a la información escrita.
 - Requieren aumento de tiempo para realizar las tareas escolares y adaptaciones de acceso al currículo.
 - Alumnos susceptibles de poder ser afiliados a la ONCE.

4.3. BAJA VISIÓN: DISCAPACIDAD VISUAL PROFUNDA

- Alumnos con una **Agudeza Visual de Lejos comprendida entre 0,06 y 0,02.**
- Alumnos que para acceder a la información escrita utilizan el código braille.
- Pueden emplear el código tinta en ocasiones puntuales, con el uso de ayudas ópticas de mayor capacidad de aumento (lupa TV, telescopio, telemicroscopio...).
- Dentro de este eje puede haber alumnos que solamente perciban, en condiciones óptimas de iluminación, luz y bultos, lo que les posibilita la movilidad empleando diferentes auxiliares.
- Alumnos susceptibles de poder ser afiliados a la ONCE.

4.4. CEGUERA

- Alumnos que presentan una **ausencia total de visión.**
 - El acceso a la información la realizan utilizando el sistema braille y a través de experiencias sensoriales.
 - Requieren la transcripción al braille y la adaptación de todo el
-

material escolar.

- Alumnos susceptibles de poder ser afiliados a la ONCE.

5. DISCAPACIDAD MOTORA

5.1. LESIONES DE ORIGEN CEREBRAL

5.1.1. Parálisis cerebral infantil

Es una alteración permanente y no inmutable del tono, postura y movimiento que se produce en el encéfalo, antes de la maduración del sistema nervioso central, que conduce a una actividad desajustada de la acción muscular y no es una parálisis de los músculos.

Según localización de la lesión se distinguen los tipos espástica, atáxica y atetoidea. A su vez, dependiendo de la manifestación se dividen en monoplejía (de un solo miembro), hemiplejía (de un lado del cuerpo), diplejía (de los cuatro miembros siendo el grado de afectación diferente en superiores e inferiores) y tetraplejía (de los cuatro miembros). Si la afectación es más leve se denominan monoparesia, hemiparesia y tetraparesia.

Las alteraciones que se pueden observar son de grado variable dependiendo de la extensión, localización, origen e importancia funcional de la zona lesionada. Así, junto a las limitaciones posturales, de movilidad y desplazamiento y de manipulación, pueden asociarse trastornos perceptivos (visuales, auditivos y cinestésicos), de lenguaje y habla y socioafectivos (baja autoestima y falta de motivación y de interacción con el medio).

Se deben incluir también en este eje diagnóstico otras lesiones cerebrales que provocan un cuadro similar al de la parálisis infantil (determinadas agenesias del cuerpo caloso, síndromes cerebelosos,...).

5.1.2. Traumatismo cráneo-encefálico

Es una lesión cerebral que se produce por un impacto, pudiendo ser éste directo (golpe o contusiones) o indirecto (desplazamiento de la masa encefálica).

Las consecuencias pueden ser diversas y las manifestaciones, en la práctica, pueden resultar similares a las descritas en la parálisis cerebral infantil. Puede aparecer problemática emocional ligada a la conciencia y aceptación de la nueva situación de minusvalía.

5.1.3. Accidente cerebro-vascular

Es un proceso neurológico de comienzo brusco, debido a un fallo en el aporte sanguíneo, que provoca lesión cerebral y pérdida permanente o temporal de la función motriz, mayoritariamente de un lado del cuerpo (hemiplejía). Puede ir acompañada de pérdida de lenguaje (afasia).

5.2. LESIONES MEDULARES

5.2.1 Espina bífida

Es una malformación congénita que se manifiesta por la falta de cierre del canal vertebral y que puede acompañarse o no de la salida al exterior de una parte de la médula espinal y su recubrimiento (meninges) en forma de protuberancia. Es una lesión permanente e inmutable. Según el nivel de la lesión los trastornos serán variables, siendo la afectación menor cuanto más inferior esté localizada la lesión.

Existen diferentes tipos, pero el que presenta NEE es el tipo mielomeningocele, que cursa con parálisis y debilidad muscular por debajo del nivel de la lesión (generalmente lumbar y sacra), alteraciones perceptivas (cinestésicas) y en la sensibilidad cutánea, incontinencia vesical e intestinal y, en ocasiones, hidrocefalia. A veces, se observa lenguaje superficial y alteraciones del carácter.

5.2.2. Lesión medular traumática

Es una lesión de la médula espinal que produce una disfunción de las vías de conexión entre el cerebro y las terminaciones nerviosas sensitivas y motoras.

Según el nivel de la lesión, los trastornos son variables: tetraplejía (miembros superiores e inferiores), paraplejía (miembros inferiores). Hay pérdida de la sensibilidad por debajo de la lesión e incontinencia de esfínteres.

5.2.3. Otras lesiones medulares

Se incluyen tumores, lesiones degenerativas.. (Ataxia de Friedrich, Werdnig-Hoffmann).

5.3. PROCESOS NEUROMUSCULARES

5.3.1. Distrofia muscular progresiva

Es una alteración del trofismo muscular que produce debilitamiento y degeneración progresiva de los músculos de acción voluntaria.

Según el tipo de distrofia las consecuencias de la enfermedad varían desde formas benignas a muy graves. Las formas graves conllevan un progresivo deterioro físico, imposibilitando la marcha y limitando la capacidad respiratoria. Comienza generalmente en la infancia y disminuye las expectativas de vida. Pueden aparecer problemas emocionales ligados a la conciencia de la enfermedad.

El tipo más frecuente es la distrofia muscular de Duchenne. Otros son la de Becker y la fascio-escapulo-humeral.

5.3.2. Neuromiopatía

Es una enfermedad congénita desmielinizante, de lenta evolución.

Su grado de severidad varía desde pasar desapercibidas, a formas leves que producen cierta parálisis en los miembros inferiores sin impedir la marcha ayudada por aparatos ortopédicos, hasta los casos más graves que impiden al niño/a andar. El tipo más frecuente es el Charcot-Marie-Tooth.

5.3.3. Otros procesos neuromusculares

Se incluyen otras afecciones de la musculatura voluntaria como las miopatías inflamatorias (polimiositis y dermatomiositis...) que se caracterizan por una disminución de la fuerza muscular y del volumen del músculo en el territorio dañado y las miotonías, que cursan con lentitud y dificultad para la descontracción del músculo (Steiner...).

5.4. LESIONES DEL SISTEMA OSTEO-ARTICULAR

5.4.1. Agenesia congénita

Es la carencia o desarrollo insuficiente de algún órgano o parte de él. Las dificultades motrices se centran en la parte afectada.

5.4.2. Artrogriposis

Es una enfermedad que se manifiesta desde el nacimiento con rigidez en las articulaciones y poco volumen de la masa muscular. La gravedad depende de la mayor o menor afectación en el número de articulaciones comprometidas.

5.4.3. Osteogénesis imperfecta

Es una enfermedad genética del tejido colágeno que se traduce por la fragilidad ósea responsable de las fracturas y que conduce a deformaciones óseas, acentuadas por la hiperlaxitud y debilidad muscular. Con la edad, las fracturas disminuyen y va mejorando su estabilidad.

En los casos más graves queda afectada la movilidad de todo el cuerpo: hay dificultad de manipulación, se necesita la silla de ruedas para el desplazamiento y la dependencia del adulto para realizar las actividades de la vida diaria.

5.4.4. Otras lesiones del sistema osteo-articular

Se incluyen otras enfermedades que afectan a las grandes articulaciones como la enfermedad de Still y al crecimiento anómalo de huesos y articulaciones.

6. TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO

6.1.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Y/O COMPORTAMIENTO PERTURBADOR

6.1.1. Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH)

La sintomatología esencial de este trastorno consiste en falta de atención, impulsividad e hiperactividad. Los niños que lo padecen generalmente presentan alteraciones en alguna de estas áreas, aunque en grados diferentes.

Criterios para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

A. (1) ó (2):

- (1) seis (o más) de los siguientes síntomas de **desatención** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

- (a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades
- (b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas
- (c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente
- (d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos, u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones)
- (e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades
- (f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos)

- (g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas)
 - (h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes
 - (i) a menudo es descuidado en las actividades diarias
- (2) seis (o más) de los siguientes síntomas de **hiperactividad-impulsividad** han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

- (a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento
- (b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado
- (c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud)
- (d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio
- (e) a menudo "está en marcha" o suele actuar como si tuviera un motor
- (f) a menudo habla en exceso

Impulsividad

- (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas
- (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno
- (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos).

- B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela, o en el trabajo y en casa).
- D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

6.1.2. Trastorno Disocial

Se establece este diagnóstico solamente si la conducta antisocial es continua a lo largo de un período de por lo menos 6 meses, y luego representa un patrón repetitivo y persistente.

Aunque el negativismo desafiante incluya algunos síntomas observados en el trastorno de conducta, como desobediencia y oposición a las figuras de autoridad, no hay violación de los derechos fundamentales de los demás ni de las reglas o normas sociales apropiadas a la edad, como ocurre en el caso del trastorno de conducta.

Criterios para el diagnóstico del Trastorno Disocial:

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres (o más) de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y por lo menos de un criterio durante los últimos 6 meses:

Agresión a personas y animales

- (1) a menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros
- (2) a menudo inicia peleas físicas
- (3) ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (p.ej., bate, ladrillo, botella rota, navaja, pistola)
- (4) ha manifestado crueldad física con personas
- (5) ha manifestado crueldad física con animales
- (6) ha robado enfrentándose a la víctima (p.ej., ataque con violencia, arrebatador bolsos, extorsión, robo a mano armada)
- (7) ha forzado a alguien a una actividad sexual

Destrucción de la propiedad

- (8) ha provocado deliberadamente incendios con la intención de causar daños graves
- (9) ha destruido deliberadamente propiedades de otras personas (distinto de provocar incendios)

Fraudulencia o robo

- (10) ha violentado el hogar, la casa o el automóvil de otra persona
- (11) a menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (esto es, "tíma" a otros)
- (12) ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento con la víctima (p.ej., robos en tiendas, pero sin allanamientos o destrozos; falsificaciones)

Violaciones graves de normas

- (13) a menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones paternas, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad
- (14) se ha escapado de casa durante la noche por lo menos dos veces, viviendo en la casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo período de tiempo)
- (15) suele hacer novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad

- B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- C. Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad

Tipo en función de la edad de inicio:

Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

Tipo de inicio adolescente: ausencia de cualquier característica criterio de trastorno disocial antes de los 10 años de edad

Gravedad:

Leve: pocos o ningún problema de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico y los problemas de comportamiento sólo causan daños mínimos a otros

Moderado: el número de problemas de comportamiento y su efecto sobre otras personas son intermedios entre "leves" y "graves"

Grave: varios problemas de comportamiento exceden de los requeridos para establecer el diagnóstico o los problemas de comportamiento causan daños considerables a otros.

6.1.3. Trastorno por Negativismo Desafiante

En el trastorno de conducta con conductas delictivas se observan todos los síntomas del negativismo desafiante, por lo tanto, el diagnóstico de trastorno de conducta tiene prioridad sobre el de negativismo desafiante.

Criterios para el diagnóstico de negativismo desafiante:

- A. Un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante que dura por lo menos 5 meses, estando presentes cuatro (o más) de los siguientes comportamientos:
 - (1) a menudo se encoleriza e incurre en pataletas
 - (2) a menudo discute con adultos
 - (3) a menudo desafía activamente a los adultos o rehúsa cumplir sus demandas
 - (4) a menudo molesta deliberadamente a otras personas
 - (5) a menudo acusa a otros de sus errores o mal comportamiento
 - (6) a menudo es susceptible o fácilmente molestado por otros
 - (7) a menudo es colérico y resentido
 - (8) a menudo es rencoroso o vengativo

Nota: Considerar que se cumple un criterio sólo si el comportamiento se presenta con más frecuencia de la observada típicamente en sujetos de edad y nivel de desarrollo comparables.

- B. El trastorno disocial provoca deterioro clínicamente significativo en la actividad social, académica o laboral.
- C. Los comportamientos en cuestión no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico o de un trastorno del estado de ánimo.
- D. No se cumplen los criterios de trastorno disocial, y, si el sujeto tiene 18 años o más, tampoco los de trastorno antisocial de la personalidad.

6.1.4. Trastorno de Comportamiento Perturbador.

Se incluyen en esta categoría los trastornos de comportamiento que causan grave deterioro de la actividad académica, social o familiar, pero que no cumplen los criterios señalados en las anteriores categorías (Negativismo desafiante y Trastorno Disocial).

Los criterios para el diagnóstico del trastorno de comportamiento perturbador son:

- Comportamientos disruptivos frecuentes y persistentes que impiden o dificultan gravemente el desenvolvimiento de la actividad escolar ordinaria.
- Resistencia activa contra la autoridad de los adultos.
- Incumplimiento sistemático de las normas que rigen la dinámica escolar, familiar o social.

6.2. TRASTORNOS DE ANSIEDAD:

6.2.1. Trastorno de ansiedad por separación:

Criterios para el diagnóstico de trastorno de ansiedad por separación (DSM-IV)

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación con respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:
 - (1) malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
 - (2) preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
 - (3) preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
 - (4) resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
 - (5) resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
 - (6) negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa

- (7) pesadillas repetidas con temática de separación
- (8) quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación
- B. La duración del trastorno es de, por lo menos, 4 semanas.
- C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad. (**Inicio temprano:** Especificar si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad)
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o **deterioro** social, **académico** o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

6.2.2. Mutismo selectivo:

Criterios para el diagnóstico del Mutismo selectivo (DSM-IV):

- A. Incapacidad persistente para hablar en situaciones específicas (en la escuela y en general en situaciones en las que están presentes personas desconocidas) a pesar de hacerlo en otras situaciones (con los padres y con familiares muy cercanos).
- B. La alteración interfiere el rendimiento escolar o la comunicación social.**
- C. La duración de la alteración es de por lo menos un mes.
- D. La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.
- E. El trastorno no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (p. ej., tartamudeo) y no aparece exclusivamente en el transcurso de un Trastorno Generalizado del Desarrollo, esquizofrenia o un trastorno psicótico.

6.2.3. Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez:

Criterios para el diagnóstico del Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez (DSM-IV):

- A. Relaciones sociales, en la mayor parte de los contextos, sumamente alteradas e inadecuadas para el nivel de desarrollo del sujeto, iniciándose antes de los 5 años de edad y puestas de manifiesto por (1) o por (2):
 - (1) incapacidad persistente para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, manifestada por respuestas excesivamente inhibidas, hipervigilantes, o sumamente ambivalentes y contradictorias (p. ej., el niño puede responder a sus cuidadores con una mezcla de acercamiento, evitación y resistencia a ser consolado o puede manifestar una vigilancia fría)
 - (2) vínculos confusos manifestados por una sociabilidad indiscriminada con acusada incapacidad para manifestar vínculos selectivos apropiados (p. ej., excesiva familiaridad con extraños o falta de selectividad en la elección de figuras de vinculación)

- B. El trastorno no se explica exclusivamente por un retraso del desarrollo (como en el retraso mental) y no cumple criterios de trastornos generalizados del desarrollo.
- C. La crianza patogénica se manifiesta al menos por una de las siguientes características:
- (1) desestimación permanente de las necesidades emocionales básicas del niño relacionadas con el bienestar, la estimulación y el afecto
 - (2) desestimación persistente de las necesidades físicas básicas del niño
 - (3) cambios repetidos de cuidadores primarios, lo que impide la formación de vínculos estables (p. ej., cambios frecuentes en los responsables de la crianza)
- D. Se supone que el tipo de crianza descrito en el criterio C es responsable del comportamiento alterado descrito en el criterio A (p. ej., las alteraciones del criterio A empezaron tras la instauración de los cuidados patogénicos que aparecen en el criterio C).

Tipo Inhibido: si predomina el criterio A1 en la presentación clínica.

Tipo desinhibido: si predomina el criterio A2 en la presentación clínica.

B. Alumnado con Necesidades Educativas Específicas (NEE) asociadas a Sobredotación Intelectual o Altas Capacidades

Alumnos que presentan las siguientes características que se entrelazan entre sí:

- Capacidad intelectual superior a la media, C.I. > 130
- Gran compromiso o motivación en la realización de las tareas.
- Creatividad elevada

Alumnos que muestran habilidades específicas en áreas muy concretas: artística, musical, académica, matemática, verbal, etc.

Alumnos de Educación Infantil que tienen un desarrollo temprano en un área o áreas determinadas.