

Módulo 4.

Introducción a

herramientas

digitales y

aplicaciones

funcionales en

Educación Especial.

- INTRODUCCIÓN
- 1. DISCAPACIDAD AUDITIVA

- 1.1 CONSECUENCIAS EDUCATIVAS DE LA DISCAPACIDAD AUDITIVA
- 1.2 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: DISCAPACIDAD AUDITIVA
- 2. DISCAPACIDAD VISUAL
- 2.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: DISCAPACIDAD VISUAL
- 3. DISCAPACIDAD INTELECTUAL
- 3.1 HERRAMIENTAS DIGITALES y APPs: DISCAPACIDAD INTELECTUAL
- 4. DISCAPACIDAD FÍSICA O MOTÓRICA
- 4.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: DISCAPACIDAD FÍSICA O MOTÓRICA
- 5. RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO (RGD)
- 5.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO
- 6. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN
- 6.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN
- 7. DIFICULTADES ESPECÍFICAS DE APRENDIZAJE
- 7.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: DIFICULTADES DE APRENDIZAJE
- 8. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)
- 8.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA
- 9. TRASTORNOS DE CONDUCTA
- 9.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: TRASTORNOS DE CONDUCTA

Todo el módulo sigue una misma estructura: primero nos ponemos en contexto definiendo de manera muy básica estas afectaciones, posteriormente describimos un banco de aplicaciones y herramientas que nos ayudarán a intervenir y trabajar con ellos en el aula o en contextos relacionados con el educativo. Todas estas herramientas serán digitales y se apoyarán en diferentes soportes informáticos; la tecnología está al servicio de la accesibilidad e inclusión y debemos aprovechar todos los recursos que están a nuestro alcance.



- 3 -

1. DISCAPACIDAD AUDITIVA

La deficiencia auditiva o discapacidad auditiva **consiste en:**

- Disminución o pérdida de la sensibilidad auditiva. Pueden producirse alteraciones de distinto grado en el desarrollo del lenguaje, habla, voz, en el desarrollo cognitivo y de las habilidades sociales. Además estará condicionada por múltiples características: el grado, tipo de pérdida, la personalidad, el entorno socio-familiar o el ámbito educativo en el que se desenvuelve el niño.
- En Aragón, **la Orden ECD 1005/18** indica que la discapacidad auditiva, la padecer el alumnado con desviaciones o pérdidas significativas en las funciones o estructuras corporales relacionadas con la audición que corresponde a una hipoacusia o sordera.



Pexels . Producción de Shvets.

Variables que influyen en la Discapacidad Auditiva

Es este un colectivo muy heterogéneo pero todos se enfrentan a una cuestión común: las **barreras de comunicación** y las dificultades de **acceso a la información**. Su propia definición y clasificación ya nos da las pistas del por qué lo es.

1. Tipo de pérdida auditiva

Según la **localización** de la lesión se distinguen:

- Sordera de transmisión: localizada en el oído externo o medio. Tratamiento médico o quirúrgico. Afecta a la cantidad de sonido.
- Sordera de percepción: la lesión se localiza en las células ciliadas de la cóclea o en alguna región de la vía auditiva en el SNC. Afecta a la cantidad y a la calidad del sonido. Generalmente no se alcanza la inteligibilidad.
- Sordera mixta: pérdida profunda por los dos tipos de alteraciones anteriores.

2. Grado de pérdida

BIAP (Bureau International d'Audiophonologie) clasifica las sorderas en función del grado de pérdida en las frecuencias conversacionales:

- Ligera : pérdida de 20 a 40 dB. No se producen problemas importantes. Pueden aparecer algunas dislalias por insuficiente distinción de ciertos rasgos fonéticos, problemas de atención y dificultad para percibir la voz baja. Hay algunos fonemas como /ch/ que no los identifican con nitidez, lo que puede provocar problemas de articulación. Si se le habla en voz baja o lejos, si están en lugares ruidosos y si se utilizan palabras poco frecuentes, tiene dificultades para entender con claridad. Interpretan una palabra por otra.
- Media : pérdida entre 40 y 70 dB. El lenguaje aparece espontáneamente pero con retraso y serias dificultades. Con una prótesis adecuada y una intervención logopédica durante la infancia, en general se desarrolla un lenguaje normal y asistencia en escuela ordinaria. Presenta dificultades de comprensión en ambientes ruidosos o en intercambios múltiples, articulatorios, desarrolla el lenguaje con cierto retraso, utiliza vocabulario más pobre y tiene problemas de estructuración morfo-sintáctica. Mantienen menos la atención en actividades del lenguaje oral y pueden perderse en situaciones conversacionales. Necesitan audífonos.
- Severa : pérdida entre 70 y 90 dB. Por encima de los 70dB no se observa lenguaje espontáneo, la audición residual no es funcional por sí sola, el aprendizaje del lenguaje oral es difícil, lento y muy limitado. Tiene dificultades para entender las palabras. 90 dB no se perciben muchos sonidos. Habla monótona, poco inteligible y retraso del lenguaje.

Los audífonos son muy importantes.

- Profunda : pérdida de más de 90dB. La comprensión verbal depende de su lectura labial. La voz y la pronunciación están muy alteradas. La adquisición del lenguaje oral es difícil. No pueden percibir las palabras y no desarrollan el lenguaje oral. Prótesis o implante coclear.
- Total : cófosis o anacusia.

3. Momento en que tenga lugar la pérdida

- Prelocutiva: antes de que el niño adquiriera el lenguaje. La intervención persigue la adquisición del lenguaje oral y el establecimiento de una comunicación útil.
- Postlocutiva: posterior a la adquisición del habla, la consolidación de las bases del lenguaje ya se ha logrado. Intervención conseguir labiolectura.

4. Etiología

- Hereditaria.
- Adquirida, debida a factores:
 - Prenatales: embarazo, infecciones (rubéola, toxoplasmosis,), medicación ototóxica, exposición a radiaciones o incompatibilidad sanguínea.
 - Perinatales- entorno al nacimiento-: prematuridad, bajo peso, anoxia hiperbilirrubinemia.
 - Postnatales: otitis crónicas, meningitis, parotiditis, sarampión.

5. Características personales del alumno

El nivel cognitivo, la presencia de deficiencias asociadas, la personalidad, su motivación, cómo es la respuesta familiar y social al problema, el ámbito educativo en el que se desenvuelve ... todos estos factores también condicionarán la discapacidad auditiva del sujeto.

1.1 CONSECUENCIAS EDUCATIVAS DE LA DISCAPACIDAD AUDITIVA

Así, atendiendo al Grado de Pérdida Auditiva distinguimos:

- Hipoacúsicos: Personas cuya audición es deficiente pero que con lenguaje prótesis o sin ella, el sentido de la audición que tienen, es funcional para la vida diaria y les permite la adquisición del por vía auditiva.
- Sordos con audición funcional: Alumnos a los que se ha realizado el implante coclear a edades tempranas y han conseguido el desarrollo del lenguaje por vía oral, con apoyo logopédico.
- Sordos: Son aquellas personas cuya audición es deficiente y no es funcional para la vida diaria, y es muy difícil la adquisición del lenguaje por vía auditiva. Para ellos es fundamental el uso de sistemas aumentativos y/o alternativos de la comunicación como la LS o el sistema bimodal, para permitir el acceso al conocimiento del mundo que les rodea desde la edad más temprana.

Para estos grupos de alumnos, se tiene que dar una respuesta educativa **diferenciada**.

En primer lugar, con aquellos alumnos con **hipoacusia** , optimizaremos sus condiciones para asegurarnos la recepción auditiva.

Mientras que en el caso de los alumnos **sordos** , primero habrá que proporcionarles un código comunicativo útil (gestual, oral...) pero además tendremos que utilizar una metodología básica visual, recursos materiales y personales específicos.

Pero además de esta clasificación, según el **momento de aparición de la sordera** (segundo parámetro a considerar desde el punto de vista clínico), nos encontramos con:

- Sordera **prelocutiva**, a estos alumnos habrá que proporcionarles desde el principio un tipo de comunicación útil y funcional, y a partir de ahí, intentar la reeducación logopédica y la habilitación del lenguaje oral.



- Sordera **postlocutiva**, habrá que darles unas estrategias para conservar y controlar el lenguaje adquirido, ya que, al no oírse, pueden presentar de forma progresiva alteraciones fonéticas y prosódicas o de la voz.

Como se puede apreciar, desde nuestro ámbito educativo, la distinción entre hipoacúsicos o sordos con audición funcional y sordos, así como la de sordera prelocutiva y postlocutiva, son parámetros que nos marcarán de manera decisiva, la modalidad educativa del alumno, así como toda la acción educativa de todos los profesionales implicados, de cara a dar la respuesta más adecuada a las necesidades educativas de estos niños.

Esta doble clasificación es importante para diseñar la respuesta educativa, pero veamos que las herramientas digitales pueden ayudar en dicha respuesta.

1.2 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: DISCAPACIDAD AUDITIVA

<https://view.genial.ly/63886d0142382600113092ee>



Elaboración propia. CC BY-NC-SA .

2. DISCAPACIDAD VISUAL

El 80% de la información necesaria para nuestra vida cotidiana implica el órgano de la visión, es decir, nuestros ojos.

Esto supone que la mayoría de las habilidades que poseemos, de los conocimientos que adquirimos y de las actividades que desarrollamos las aprendemos o ejecutamos basándonos en información visual.

La visión representa un papel central en la autonomía y desenvolvimiento de cualquier persona y, especialmente, durante el desarrollo infantil. Las diferentes patologías y alteraciones oculares pueden reducirse en diversos grados o anular la entrada de esta información visual imprescindible para nuestro desempeño diario y bienestar.

En el mundo hay al menos 2200 millones de personas con deterioro de la visión cercana o lejana. En al menos 1000 millones de esos casos, es decir, casi la mitad, la discapacidad visual podría haberse evitado o todavía no se ha aplicado un tratamiento.

Las principales causas de la discapacidad visual y la ceguera son los errores de refracción no corregidos y las cataratas.

La mayoría de las personas con discapacidad visual y ceguera tienen más de 50 años; sin embargo, la pérdida de visión puede afectar a personas de todas las edades, incluidos los niños.

¿Qué es la discapacidad visual?

En este sentido, cuando se habla en general de ceguera o deficiencia visual se está haciendo referencia a condiciones caracterizadas por una limitación total o muy seria de la función visual en uno o varios de esos parámetros medidos. Es decir, se trata de personas que, o bien no ven absolutamente nada, o bien, en el mejor de los casos, incluso llevando gafas o utilizando otras ayudas ópticas, ven mucho menos de lo normal y deben realizar un gran esfuerzo de enfoque.



Pexels . Nataliya Vaitkevich.

Tipos de ceguera

Ceguera total

Más específicamente, las **personas ciegas** o con ceguera son aquellas que no ven nada en absoluto o solamente tienen una ligera percepción de luz (pueden ser capaces de distinguir entre luz y oscuridad, pero no la forma de los objetos).

Ceguera parcial

Por otra parte, son personas con **deficiencias visuales** aquellas que con la mejor corrección posible podrían ver o distinguir, aunque con gran dificultad, algunos objetos a una distancia muy corta. En la mejor de las condiciones, algunas de ellas pueden leer la letra impresa cuando ésta es de tamaño suficiente y claridad, pero, generalmente, de forma más lenta, con un esfuerzo considerable y utilizando **ayudas especiales** .

Como saber el grado de discapacidad visual

Es posible saber el grado de discapacidad visual, en caso de alcanzarlo, en centros médicos públicos de todas las provincias de España mediante una prueba oftalmológica específica.

A grandes rasgos,

Deterioro de la visión lejana:

- Nivel: agudeza visual inferior a 6/12 o igual o superior a 6/18.
- Moderado: agudeza visual inferior a 6/18 o igual o superior a 6/60.
- Grave: agudeza visual inferior a 6/60 o igual o superior a 3/60.
- Ceguera: agudeza visual inferior a 3/60.

Deterioro de la vision cercana:

- Agudeza visual cercana inferior a N6 o M.08 a 40 cm.

La experiencia individual de la discapacidad visual varía dependiendo de muchos factores diferentes. En ello influye, por ejemplo, la disponibilidad de intervenciones de prevención y tratamiento, el acceso a la rehabilitación de la visión (incluidos los productos de apoyo como gafas o bastones blancos), y si la persona tiene problemas debido a la inaccesibilidad de los edificios , los medios de transporte y la información.

Causas

A nivel mundial, las principales causas de la discapacidad visual son las siguientes:

- Degeneración macular relacionada con la edad
- Cataratas
- Retinopatía diabética
- Glaucoma
- Errores de refracción no corregidos

Las causas variarán de un país a otro, e incluso dentro de un mismo país en función de la disponibilidad de servicios de atención oftálmica, su asequibilidad y los conocimientos de la población en materia de oftálmica. Por ejemplo, la proporción de la discapacidad visual atribuible a las cataratas es mayor en los países de ingreso bajo y mediano que en los de ingreso alto. En estos últimos son más frecuentes las enfermedades como el glaucoma y la degeneración macular

relacionada con la edad.

Entre los niños, las causas de la discapacidad visual variaron con un país a otro. Por ejemplo, en los países de ingreso bajo, las cataratas congénitas son una de las causas principales, mientras que, en los países de ingreso mediano, la causa principal es la retinopatía del prematuro.

Al igual que en la población adulta, los errores de refracción no corregidos siguen siendo la causa principal de la discapacidad visual entre los niños de todos los países.

Impacto de la discapacidad visual sobre la persona

Los niños pequeños con discapacidad visual grave de inicio temprano pueden sufrir retrasos en el desarrollo motor, lingüístico, emocional, social y cognitivo, con consecuencias para toda la vida. Los niños en edad escolar con discapacidad visual también pueden presentar niveles más bajos de rendimiento académico.

La discapacidad visual afecta gravemente a la calidad de vida de la población adulta. Los adultos con discapacidad visual a menudo presentan tasas más bajas de participación en el mercado laboral y de productividad y suelen registrar tasas más altas de depresión y ansiedad.

En el caso de los adultos mayores, la discapacidad visual puede contribuir al aislamiento social, a la dificultad para caminar, a un mayor riesgo de caídas y fracturas, ya una mayor probabilidad de ingreso temprano en residencias de ancianos.

Veamos ahora una serie de herramientas digitales que nos ayudan a trabajar con este alumno que presenta problemas relacionados con la discapacidad visual.

Fuentes: Organización mundial de la Salud y ONCE España.

2.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: DISCAPACIDAD VISUAL

<https://view.genial.ly/6389e180fcaa150018fe1031>







3. DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Definición

La discapacidad intelectual o deficiencia mental se ha definido desde diferentes **perspectivas**:

- Perspectiva Médica: sustrato biológico anómalo e irreversible. La única intervención era preventiva.
- Perspectiva Psicológica: Enfoque psicométrico que mide el Coeficiente Intelectual por escalas madurativas. Ejemplo: Binet. La Discapacidad Mental se perdió un rasgo absoluto del individuo y la evaluación se centró únicamente en el CI.
- Perspectiva Comportamental: analiza los rendimientos; y considera que la modificación de los estímulos del entorno hará que mejore el rendimiento del individuo.
- Perspectiva Cognitiva: Se fija en cómo procesamos la información, así en el deficiente mental se identifica los momentos del procesamiento de la información que le son funcionales. Existen deficiencias estructurales y funcionales. Estas pueden ser modificables:
 - Deficiencia en la metacognición: trabajar la memoria.
 - Deficiencia en los procesos ejecutivos o del control cognitivo: automatización de actividades.
 - Limitaciones en los procesos de transferencia o generalización.
 - Limitaciones en el mismo proceso de aprender: aprender a aprender.
- Perspectiva social: Desde esta perspectiva se nos define la discapacidad intelectual desde unas variables más adaptativas, sociales y se nos dice que la persona con discapacidad intelectual es aquella que presenta en mayor o menor medida una dificultad para adaptarse al medio social en que vive y para llevar una vida con autonomía personal. A partir de 1992, la AAMR (American Association on Mental Retardation) adopta una definición de DM ampliamente aceptada y extendida en los últimos años del siglo XX.

La Deficiencia Mental ya no se considera un rasgo absoluto del individuo, sino una expresión de la interacción entre la persona con un funcionamiento intelectual limitado y el entorno que se encuentra y en el que ha de funcionar.

Esto tiene un carácter interactivo y la forma de evaluar será de forma multidimensional (todos los aspectos de desarrollo) para ver los apoyos necesarios.

Así mismo la nueva definición de retraso mental propuesta por la AARM en 2002 plantea que:

“El retraso mental es una discapacidad caracterizada por limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales. Esta discapacidad comienza antes de los 18 años” (Luckasson y cols., 2002, p. . 8)

Esta definición mantiene los tres criterios que venían siendo propuestos desde las anteriores definiciones de 1983 y 1992: limitaciones significativas en funcionamiento intelectual, en conducta adaptativa (concurrente y relacionada), y que se manifiestan durante el periodo de desarrollo.

La definición del año 2002 propone un sistema con las siguientes dimensiones: Diagnóstico, Evaluación y Planificación.

La primera función se dirige a un diagnóstico de la discapacidad intelectual, para lo que se plantean tres criterios. Hay diagnóstico de retraso mental si:

- Hay limitaciones significativas del funcionamiento intelectual.
- Hay limitaciones significativas de la conducta adaptativa.
- La edad de aparición es antes de los 18 años.

Así, el proceso de evaluación y planificación de los apoyos propuestos por la AARM se compone de cuatro pasos:

1. Identificar las áreas relevantes de apoyo.
2. Identificar las actividades de apoyo relevantes para cada una de las áreas de acuerdo con los intereses y preferencias de la persona, y según la probabilidad de participar en ellas por la persona y por el contexto.
3. Valorar el nivel o intensidad de las necesidades de apoyo de acuerdo con la frecuencia, duración y tipo de apoyo.
4. Escribir el Plan Individualizado de Apoyos que se adapte al individuo.

De esta definición se deriva que es preciso evaluar el funcionamiento actual de la persona y su capacidad adaptativa en las diferentes dimensiones como son el funcionamiento intelectual y las habilidades adaptativas, los aspectos psicológico-emocionales, los aspectos físicos, de salud, etiológicos y las variables ambientales.



Por lo tanto a la hora de evaluar se tendrá en cuenta los siguientes factores:

1. Las **Capacidades**: Inteligencia conceptual, práctica, social y habilidades adaptativas.
2. El **entorno**: El contexto donde se desenvuelve.
3. El **apoyo** que requiere: intensidad, recursos.
4. Una **evaluación** multidimensional que nos dé pautas para una evaluación para la intervención.

La **Orden ECD 1005/18** , cita al alumno con limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en el comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico.

Clasificación

Antes de citar la clasificación de la Discapacidad intelectual, tenemos que citar a los alumnos con capacidad intelectual límite, que según la orden 1005/18 están dentro del grupo de los alumnos con dificultades específicas de aprendizaje. Son alumnos cuyas dificultades interfieren significativamente en el rendimiento académico y en las habilidades adaptativas propias de la edad y se confirman con pruebas estandarizadas.

Clasificación DSM-5:

- Discapacidad ligera
 - Área Conceptual: capacidades académicas elementales de lecto-escritura, cálculo.
 - Área social: inmaduros en las crisis sociales. Lenguaje muy ligado a lo concreto.
 - Área práctica: puede ser adecuado el cuidado personal, algún apoyo en tareas complejas de la vida diaria. Buenas habilidades para el campo laboral.
- Discapacidad moderada
 - Área Conceptual: Dificultades en las habilidades pre-académicas, adquisición más lenta de la lecto-escritura.
 - Área social: Necesitan supervisión para tomar decisiones de la vida diaria.
 - Área práctica: Adquieren hábitos de autonomía y autocuidado con un periodo extenso de enseñanza.
- Discapacidad grave
 - Área conceptual: escasa comprensión de lenguaje escrito o de la comprensión de números, necesita intenso apoyo para solucionar problemas de la vida cotidiana.
 - Área social: Lenguaje hablado limitado, entrado en el aquí y el ahora.
 - Área práctica: requiere apoyo para actividades cotidianas: aseo, comida, vestido...
- Discapacidad profunda
 - Área conceptual: Pueden adquirir alguna habilidad visoespacial, aunque si va acompañado de un déficit motor y/o sensorial esto le impedirá el funcional de



objetos.

- Área social: Muy limitada comprensión, puede comprender alguna instrucción o gestos sencillos. Ausencia de lenguaje oral.
- Área práctica.: Dependencia siempre de otros para habilidades de autocuidado.

Etiología

Podemos decir que es muy diversa la etiología de la discapacidad intelectual, aunque en función de la etiología puede hacerse la siguiente clasificación:

1. **Factores genéticos**: El origen de la deficiencia mental, viene determinado por los genes o herencia genética. Existen dos tipos de causas genéticas conocidas: genopatías y cromosomopatías.
2. **Factores extrínsecos** : prenatales, perinatales, postnatales.

3.1 HERRAMIENTAS DIGITALES y APPs: DISCAPACIDAD INTELECTUAL

<https://view.genial.ly/63b7282e0d17080012e8e634>



Elaboración propia. CC BY-NC-SA .

4. DISCAPACIDAD FÍSICA O MOTÓRICA

Alteración del aparato motor, ya sea debido a un funcionamiento deficiente en el Sistema Nervioso Central, muscular u óseo, o una interrelación de los tres; dichas alteraciones dificultan o imposibilitan la movilidad funcional de una o varias partes del cuerpo.

En Aragón la Orden de ECD 1005/18 nos habla del alumnado con alteraciones en la función motora por una causa localizada en el aparato óseo-articular, muscular y/o nervioso.

Alteraciones motoras más frecuentes en edad escolar

- **Parálisis cerebral:** Disfunción motora generalizada, permanente y no degenerativa, debida a una lesión del cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completos. En ocasiones tienen asociados problemas de habla y requieren Sistemas Alternativos y Aumentativos de Comunicación. **Tipos** de parálisis cerebral:
 - Espasticidad: acción refleja de hipertonía permanente. Habla explosiva, interrumpida y en casos graves expresiones faciales muy alteradas.
 - Atetosis: contracciones involuntarias de las extremidades distales. El habla es variable.
 - Ataxia: dificultad de adaptación de la postura del cuerpo y de la coordinación de los movimientos voluntarios. Dificultades de equilibrio y coordinación.
 - Pueden aparecer en estados mixtos y dar lugar a diferentes tipos de discapacidad.
- **Distrofias musculares:** También llamadas miopatías. Consisten en una degeneración progresiva de grupos musculares.
- **Espina bífida:** Es una anomalía congénita de la columna vertebral debida a falta de fusión del tubo neural y de los arcos vertebrales posteriores. Si se produce hidrocefalia, habrá riesgo de tener asociada una deficiencia intelectual.
- **Traumatismos craneoencefálicos:** Son lesiones localizadas o difusas del cerebro.
- **Lesiones medulares degenerativas:** Caracterizadas por una degeneración de las células nerviosas de la médula.



Pixabay. Stevepb.

4.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: DISCAPACIDAD FÍSICA O MOTÓRICA

<https://view.genial.ly/63a98b04811115001105b05f>



Elaboración propia. CC BY-NC-SA .

5. RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO (RGD)

¿Qué es el retraso global del desarrollo?

El **retraso global del desarrollo** es una categoría diagnóstica que aparece en el DSM-5. En el campo escolar, viene a cubrir otra categoría que no estaba reconocida, el retraso madurativo, pero que está muy presente en la escuela.

El **DSM-5** son las siglas del manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría. Es el manual de referencia para el diagnóstico de los trastornos mentales para muchos profesionales del mundo, y al menos en España, es la referencia principal en el ámbito clínico infantil.

El **retraso global del desarrollo** se incluye dentro de un gran apartado titulado “trastornos del desarrollo neurológico”.

Criterios diagnósticos del Retraso Global del Desarrollo

El diagnóstico de **retraso global del desarrollo** se reserva a los niños y niñas menores de 5 años cuando el nivel de gravedad clínica no se puede valorar de forma fiable durante los primeros años de la infancia. Dice el DSM-5 que esta categoría se diagnostica cuando un sujeto no cumple con los hitos de desarrollo esperados en varios campos del funcionamiento intelectual, y se aplica a individuos en los que no se puede llevar a cabo una valoración sistemática del funcionamiento intelectual, incluidos niños demasiado pequeños para participar en las pruebas estandarizadas.

Además, el DSM-5, lo considera como una **categoría diagnóstica provisional** ya que establece que esta categoría se debe volver a evaluar después de un período de tiempo.

El Retraso Global del Desarrollo en la escuela

Los que trabajáis con niños menores de 5 años, reconoceréis desde hace tiempo esta realidad: niños que no cumplen los hitos del desarrollo esperados en varios campos del funcionamiento intelectual, pero a los que no se le pudo realizar una evaluación sistemática ni se estableció un diagnóstico; pero la realidad es que no alcanzan los objetivos, y sobre todo, que necesitan una **respuesta educativa temprana** .

El *retraso global de desarrollo* como categoría diagnóstica tiene dos riesgos a tener en cuenta: Por un lado, puede ocurrir que niños y niñas con trastornos más graves, como los trastornos del espectro autista, se encasillen en esta nueva categoría diagnóstica. Esto siempre es peligroso, porque un mal enfoque de diagnóstico, puede llevar asociada una intervención equivocada, con malas consecuencias. Pero también puede ocurrir que se convierta en un genérico, un cajón desastre donde se encaje a niños, que si bien presenten alguna dificultad, no lleguen a cumplir los criterios diagnósticos del retraso global del desarrollo, y se aplique este diagnóstico sin rigor, hasta el punto de sobrediagnóstico.

Por todo ello, no podemos perder de vista que se trata de un diagnóstico provisional y que a partir de los cinco años, **habrá que revisar las necesidades educativas** del niño o niña en cuestión para establecer un diagnóstico más ajustado o dar por superadas sus dificultades.

El retraso global del desarrollo en un diagnóstico reconocido, que viene a ocupar el espacio del retraso madurativo.

Fuente: *coleyfamilia.com*

5.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO

<https://view.genial.ly/63b7fe881d37b0001a721959>



Elaboración Propia. CC BY-NC-SA.

6. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

"El lenguaje es un **sistema complejo y dinámico de símbolos convencionales** que forma parte del desarrollo general del individuo e influye fuertemente en su calidad de vida. Se rige por reglas y se describe por los parámetros morfológico, fonológico, sintáctico, semántico y pragmático" (ASHA, 1982, American Speech Language Hearing Association).

El lenguaje nos permite **comunicarnos con las personas**, para ello utilizamos un sistema de signos que es conocido por el emisor y el receptor. En los trastornos de la comunicación pueden darse problemas de expresión, pronunciación, fluidez e incluso recepción o uso social del lenguaje. El correcto desarrollo del lenguaje y la comunicación favorece la adaptación de la persona en su entorno, por lo que es importante detectar cualquier cambio lo antes posible.

Los primeros **signos de alerta** de una dificultad en el área de la comunicación aparecen **antes de los cuatro años**. Hacia los dos años de edad, los niños y niñas adquieren la capacidad para unir palabras formando pequeñas frases y el vocabulario llega alrededor de las 50 palabras inteligibles. Este criterio es importante para detectar un retraso en la adquisición del habla.

Describimos a continuación los principales trastornos de la comunicación que podemos encontrar en nuestras aulas:

Retraso del Lenguaje

El retraso del lenguaje puede suponer un retraso, en su aparición o en el desarrollo, del nivel de lenguaje fonológico, morfológico, sintáctico, semántico y/o pragmático adecuado a la edad. Estas dificultades, cuando se trata de trastornos de la comunicación, disminuyen la expresión y la comprensión del lenguaje y no se explican por una discapacidad intelectual, un trastorno del desarrollo, un déficit auditivo o un trastorno neurológico.

Trastorno del Lenguaje

El trastorno del lenguaje es muy heterogéneo, incluye alteraciones en uno o varios componentes del lenguaje: comprensión, expresión, en los aspectos léxicos, fonológicos, morfosintácticos y/o en el uso comunicativo del lenguaje no esperables para la edad y lengua materna. El desfase debe ser de al menos dos años e interferir en otras áreas del aprendizaje escolar y en la comunicación social y no puede explicarse por discapacidad sensorial, motora, intelectual o influencia de factores



socioculturales. Esto complicará el establecimiento de unos criterios claros y concretos, para poder decidir, si un niño o niña presenta un TL.

Cuando las dificultades están más asociadas al área de la expresión del lenguaje, se observa que los niños y niñas tienen un vocabulario limitado, a menudo con errores. Realizan frases cortas, utilizan estructuras gramaticales simplificadas, y pueden expresarse con un orden de palabras poco habitual. Aparece un deterioro del discurso con dificultades para conectar las frases para explicar una serie de sucesos o para tener una conversación. Cuando las dificultades están asociadas a la recepción del mensaje, les cuesta entender determinadas palabras, locuciones y los tiempos verbales más complejos. Estos defectos en el área del lenguaje tienen repercusiones importantes en su correcto desarrollo académico y social.

Todas estas circunstancias hacen que la evaluación e identificación del alumnado con TL sea muy compleja y requieran unos criterios cuantitativos como cualitativos, para identificar sus necesidades educativas específicas.

Trastorno Fonológico

Denominado anteriormente alteración del desarrollo de la articulación, se trata de un trastorno específico, en el que la pronunciación de los fonemas por parte del niño o niña está a un nivel inferior al adecuado a su edad mental. Esta dificultad interfiere en la inteligibilidad del habla en una conversación con otras personas o en el correcto desarrollo académico. El inicio de las dificultades de pronunciación aparece en las primeras fases del desarrollo del lenguaje.

Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)

Este trastorno se caracteriza por una alteración en la fluidez normal y en la estructuración temporal del habla, que son inadecuadas para la edad del niño y la adquisición que tiene del lenguaje. Estas alteraciones causan ansiedad al hablar, limitaciones en la comunicación y dificultades en el rendimiento académico. **Síntomas:**

- La aparición de repeticiones de sonidos o sílabas, prolongación del sonido de las consonantes o vocales.
- Palabras fragmentadas.
- Pausas en el habla.
- Repetición de palabras monosílabas.

La característica esencial del tartamudeo es el trastorno de la fluidez normal y estructuración temporal del habla, en forma de frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas y otras alteraciones de la fluidez. El alcance de los cambios varía en las distintas situaciones y se acusa más cuando la comunicación está sujeta a algún tipo de presión.

Trastorno de la comunicación social (pragmático)



El DSM-5 también incorpora este trastorno en su clasificación.

Se caracteriza por una dificultad con la pragmática o el uso social del lenguaje y la comunicación, manifestado en forma de deficiencias en la comprensión, seguimiento de las reglas sociales de comunicación verbal y no verbal en contextos naturales, de las normas de conversación y narración.

Estas dificultades causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, el desarrollo de las relaciones sociales, los logros académicos y el desempeño laboral.

Su característica más habitual es el deterioro del lenguaje caracterizado por antecedentes de retraso, y también se pueden dar problemas conductuales, trastornos específicos del aprendizaje y el TDA-H.

Es necesario realizar un diagnóstico diferencial con TEA, TDA-H, Discapacidad intelectual y/o Trastorno de ansiedad social.

Los criterios de la American Psychiatric Association incluidos en el DSM-IV y DSM-V son:

1. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por todos los siguientes factores:

- Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada al contexto social.
- Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conversar de forma diferente con un niño o con un adulto, y evitar el uso de un lenguaje demasiado formal.
- Dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno en la conversación, expresarse de otro modo cuando no se es bien entendido y saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción.
- Dificultades para comprender lo que no se dice claramente, y significados no literales o ambiguos del lenguaje (p. ej., expresiones idiomáticas, humor, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para la interpretación).

2. Las deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempeño laboral, ya sea individualmente o en combinación.

3. Los síntomas comienzan en las primeras fases del período de desarrollo (pero las deficiencias pueden no manifestarse totalmente hasta que la necesidad de comunicación social supere las capacidades limitadas).



4. Los síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica o neurológica ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explican mejor por alteración del espectro del autismo, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), retraso global del desarrollo u otro trastorno mental.

Trastorno de la comunicación no especificada

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de la comunicación que causan malestar clínico significativamente o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios del trastorno de la comunicación o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico.

La categoría del trastorno de la comunicación no especificado se debe utilizar (según los manuales DSM) en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno de la comunicación o de un desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

Fuentes: barcelona.guttmann.com y creea.educacion.navarra.es.

6.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

<https://view.genial.ly/63b5e26b12e4fc0018cd060c>

Elaboración Propia. CC BY-NC-SA .

7. DIFICULTADES ESPECÍFICAS DE APRENDIZAJE

Hablamos de dificultades de aprendizaje cuando aparentemente el alumno tiene todas las características para poder seguir de manera correcta las clases, pero por algún motivo concreto no puede hacerlo. Estas Dificultades de Aprendizaje (DA) son entonces una expresión genérica que engloba diversos y variados trastornos relacionados con el aprendizaje.

A menudo, los primeros indicios los observamos en problemas a la hora de hablar, retraso en las habilidades lectoras, falta de comprensión para las matemáticas, aparente olvido de instrucciones o no saber aplicar lo que saben de un contexto determinado. Se suele detectar también cuando el estudiante se enfrenta con una dificultad que, por el nivel que exige en la clase, no debería resultar complejo. Por ejemplo, si le cuesta en exceso entender un texto, si tiene que hacer un sobreesfuerzo para hacer un cálculo concreto o no puede recordar con facilidad algunos datos.

Es importante detectar a tiempo y preferiblemente a una edad temprana, pues cuanto mayor sea el desarrollo evolutivo de una persona, más complicaciones van a surgir. Tanto en la detección como en la posterior intervención es importante el papel de la familia en casa, y el papel de los docentes en la escuela. Es un trabajo de equipo que debe estar centrado en la observación y en la escucha de sus necesidades. Supone enfrentarnos a una manera de aprender del niño muy particular y muy personal.

Si no se detecta a tiempo o no se aplican unas estrategias específicas para acompañar sus necesidades, el alumno puede terminar desmotivado y conducirlo al fracaso escolar.

Síntomas

Algunos síntomas que pueden indicarnos la existencia de **dificultades de aprendizaje** son:

- Distracciones y por tanto, dificultad para prestar atención. Sientes que no te están mirando cuando les hablas, o que incluso te están oyendo y tienes la certeza de que no te



escuchan y por tanto, no están asimilando la información que les transmiten. En consecuencia, no seguirán las instrucciones que se les han indicado o abandonarán las actividades.

- Muestran altos índices de hiperactividad. Sienten la necesidad de levantarse del asiento y aprovecharán cualquier excusa para ello. Y mientras están sentados, están continuamente moviéndose en el asiento y distrayendo a los demás.
- En edades tempranas, suelen presentar problemas de coordinación motriz, son más dependientes de los adultos, se relacionan con niños de menor edad y presentan alteraciones de la conducta en forma de llantos constantes, pegar a los compañeros o desordenar y destrozar cosas.
- En edades más avanzadas, cuando se les inicia en la lectura o en la escritura, no progresan al mismo ritmo que los demás. Suelen confundir las letras que son similares o no ordenar bien una secuencia de números.

Dificultades de aprendizaje más comunes

Entre las dificultades de aprendizaje más comunes, podemos hablar de:

- **Dislexia:** hace referencia al trastorno del desarrollo en el aprendizaje y consolidación de la lectura y la escritura. Las personas disléxicas presentan problemas al confundir letras similares, dificultad para aplicar las normas gramaticales y para recordar las reglas de ortografía. En esa línea, existen cada vez más solicitudes para que las faltas ortográficas no penalicen en exámenes oficiales como la Selectividad u oposiciones a personas disléxicas.
- **Discalculia:** se refiere a todas aquellas dificultades relacionadas con el desarrollo de habilidades en el procesamiento numérico y de cálculo.
- **TANV:** el Trastorno de Aprendizaje No Verbal afecta al desarrollo del hemisferio derecho del cerebro, encargado de la organización de los espacios, de la interpretación de la información no verbal y de la adaptación a nuevas situaciones.
- **Disgrafía:** se manifiesta ante la dificultad para la expresión escrita en dos maneras diferentes. O bien como consecuencia de que la persona tiene una mala percepción de las formas, del espacio, y por consiguiente esa desorientación no le permite una grafía precisa y concreta. O bien como consecuencia de una motricidad deficiente, aún cuando sea capaz de identificar la pronunciación y la grafía correcta.
- **Disortografía:** se evidencia ante la incapacidad de borrar palabras, reemplazar unas letras por otras o no distinguir qué palabras se escriben juntas o separadas.
- Discapacidad de la **memoria y el procesamiento auditivo:** dificultad para recordar lo escuchado.



- **Disfasia:** se produce una anomalía del lenguaje oral que consiste en una falta de coordinación de las palabras y se produce una causa de una lesión cerebral. Es común que se confunda con el trastorno del espectro autista (TEA), sin embargo los niños con disfasia son capaces de expresarse gestualmente, compartir intereses y desarrollar estrategias para hacerse entender.
- **TDAH:** el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es una dificultad que se debe a factores personales de carácter grave que se combinan con respuestas inadecuadas del entorno. Se refiere a un grupo de trastornos escolares y no escolares, basado en dificultades significativas para el aprendizaje y la adaptación familiar, escolar y social. La persona con TDAH tiende primero a actuar y después a pensar, aunque cuentan con una inteligencia media o media-alta, solo que no dejan tiempo a que procese el pensamiento para después responder.

En el siguiente vídeo, puedes ver las tres características principales que se dan ante una dificultad para el aprendizaje para que te sea fácil detectarlas:

<https://www.youtube.com/embed/wcW3Gefv9b4>

Fuentes: <https://iddocente.com/> y <https://www.tekmaneducation.com/>.

7.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: DIFICULTADES DE APRENDIZAJE

<https://view.genial.ly/6394f9b45c32d2001126cb45>



Elaboración Propia. CC BY-NC-SA.

8. TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Definición

En la actualidad, la orden ECD 1005/18, nos habla de los alumnos TEA como el alumnado con deficiencias persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos y con patrones restrictivos y repetitivos de comprensión, intereses o actividades.

Clasificación

1. Autismo

El autismo infantil está lleno de ambigüedad en cuanto a diferentes criterios, diagnóstico, etiologías, pronóstico y las medidas educativas. No obstante en la actualidad, se considera el autismo como un **trastorno grave del desarrollo**.

En 1943 Kanner definió el autismo, indicando que está presente en niños que tiene dificultades de relación social, en la comunicación y el lenguaje e inflexibilidad. En cuanto a objeto de estudio ha pasado por tres fases:

- De 1943 al 1963. Se definió el autismo como un *trastorno emocional*.
- De 1963 a 1983. Este trastorno era debido a alteraciones neurobiológicas, que suponían una *alteración cognitiva* en el niño autista. La educación empieza a convertirse en el tratamiento principal, con Programas de Modificación de Conducta y en centros específicos.
- A partir de 1983. Se considera un *trastorno del desarrollo*. Se ve el trastorno desde una perspectiva evolutiva; desaparece el carácter irreversible del trastorno. Dentro de este enfoque hay teorías más rigurosas basadas en la Teoría de la mente, el Doctor Riviere lo define como " *un déficit específico en la capacidad de entender a los demás...* ". También la doctora Uta Frith, la define como " *la ceguera de lo mental* ".

2. Síndrome de Asperger



Caracterizado por una frialdad y torpeza en la interacción social, torpeza motriz, pero no hay discapacidad intelectual. También está afectada la comunicación verbal y no verbal; presentan una resistencia para aceptar el cambio, inflexibilidad del pensamiento así como poseen campos de interés estrechos y absorbentes.

Las personas con este síndrome son, generalmente, extremadamente buenos en las habilidades de memoria (hechos, figuras, fechas, épocas, etc.) muchos sobresalen en matemáticas y ciencia.

3. Trastorno desintegrativo de Héller o niñez

Estos sujetos tienen problemas de conducta, de comunicación y de relación. Pierden habilidades ya adquiridas en el lenguaje, el juego, e incluso el control esfínteres...

4. Trastornos del desarrollo no específicos

Se caracteriza por un déficit cualitativo en el desarrollo de la interacción social y de la capacidad de comunicación verbal y no verbal. Bajo esta denominación nos encontramos con niños que parece que presentan alteraciones del comportamiento en la línea del autismo, pero sin ajustarse al cien por cien a ninguno de los trastornos descritos.

Como se ve claro, al tratarse de un trastorno del desarrollo, existe una gran heterogeneidad dentro de esta tipología de niños. Por ello, en la actualidad autores como Lorna Wing, abogan por hablar del espectro autista, como ya hemos indicado anteriormente. Así, este término se puede considerar como “ *un continuo* ” más que una categoría, ya que al tratarse de un trastorno del desarrollo las características citadas se podrán dar en mayor o menor grado.

Para concluir, mencionar que los niños TEA suelen tener una apariencia física normal, sin estigmas físicos y con expresión despierta e inteligente, incluso que les hace parecer estar atentos a los detalles de su entorno pero que oculta la existencia de unos trastornos generalizados y, a veces, profundos, en sus funciones psíquicas.

Criterios de diagnóstico del Espectro Autista

En la actualidad , el DSM-5 define los criterios de diagnóstico.

1. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos. Estas deficiencias deben manifestarse (en el momento actual o en momentos anteriores) según varios ejemplos ilustrativos que ofrece el propio manual, así como que se debe



especificar la gravedad actual de acuerdo con el grado de ayuda necesaria en esta área del desarrollo.

2. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos (en el momento actual o en momentos anteriores):

- Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos.
- Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal.
- Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés.
- Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales del entorno.

3. Los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo.

4. Los síntomas causan un deterioro clínico significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.

5. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Además, **es necesario especificar también si se cursan estos síntomas:**

- Con o sin déficit intelectual acompañante.
- Con o sin deterioro del lenguaje acompañante.
- Asociado a una afección médica o genética, o aun factor ambiental conocido (por ejemplo Síndrome de Rett).
- Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento.
- Con catatonía.

Además cita diferentes **niveles** de severidad, **grado de apoyo** 1, 2 3, requiriendo este último apoyo muy sustancial:

- Grado 3 “Necesita ayuda muy notable”: Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren seguramente con el funcionamiento en todos los alrededores. Ansiedad intensa/dificultad



para cambiar el foco de acción.

- Grado 2 “Necesita ayuda notable”: Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda in situ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos aparecen con frecuencia evidente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
- Grado 1 “Necesita ayuda” : Sin ayuda in situ, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales.

8.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

<https://view.genial.ly/6398422f4c3656001129e51c>



Elaboración propia. CC BY-NC-SA .

9. TRASTORNOS DE CONDUCTA



Unsplash _ Timoteo Eberly.

El Trastorno de Conducta (DSM-V) se caracteriza por:

A. Un patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que no se respetan los derechos básicos de otros, las normas o reglas sociales propias de la edad, lo que se manifiesta por la presencia de por lo menos **tres de los quince** siguientes criterios en cualquiera de las siguientes categorías, existiendo por lo menos uno en los últimos seis meses:

Agresión a personas y animales



- A menudo acosa, amenaza o intimada a otros.
- A menudo inicia peleas.
- Ha usado un arma que puede provocar serios daños a terceros (p. ej., un bastón, un ladrillo, una botella rota, un cuchillo, un arma).
- Ha ejercido la crueldad física contra personas.
- Ha ejercido la crueldad física contra animales.
- Ha robado enfrentándose a una víctima (p. ej., atraco, robo de un monedero, extorsión, atraco a mano armada).
- Ha violado sexualmente a alguien.

Destrucción de la propiedad

- Ha prendido fuego deliberadamente con la intención de provocar daños graves.
- Ha destruido deliberadamente la propiedad de alguien (pero no por medio del fuego).

Engaño o robo

- Ha invadido la casa, edificio o automóvil de alguien.
- A menudo miente para obtener objetos o favores, o para evitar obligaciones (p. ej. “engaña” a otros).
- Ha robado objetos de valor no triviales sin enfrentarse a la víctima (p. ej., hurto en una tienda sin violencia ni invasión; falsificación).

Incumplimiento grave de las normas

- A menudo sale por la noche a pesar de la prohibición de sus padres, comenzando antes de los 13 años.
- Ha pasado una noche fuera de casa sin permiso mientras vivía con sus padres o en un hogar de acogida, por lo menos dos veces o una vez si estuvo ausente durante un tiempo prolongado.
- A menudo falta en la escuela, comenzando antes de los 13 años.

B. El Trastorno de Conducta provoca un malestar clínicamente significativo en las áreas social, académica o laboral.

C. Si la edad del individuo es de 18 años o más, no se cumplen los criterios de alteración de la personalidad antisocial.

Especificar si:

Tipo de inicio **infantil**: Los individuos con Trastorno de Conducta muestran por lo menos un característico característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.



Tipo de inicio **adolescente**: Los individuos con Trastorno de Conducta no muestran ningún síntoma característico del trastorno de conducta antes de cumplir los 10 años.

Tipo de inicio **no especificado**: Se cumplen los criterios del Trastorno de Conducta, pero no existe suficiente información disponible para determinar si la aparición del primer síntoma fue anterior a los 10 años de edad.

Especificar si:

Con emociones prosociales limitadas: Para poder asignar este especificador, el individuo ha de haber presentado por lo menos dos de las siguientes características de forma persistente durante doce meses por lo menos, en diversas relaciones y situaciones. Estas características reflejan el patrón típico de relaciones interpersonales y emocionales del individuo durante ese período, no solamente episodios ocasionales en algunas situaciones. Por lo tanto, para evaluar los criterios de un especificador concreto, se necesitan varias fuentes de información. Además de la comunicación del propio individuo, es necesario considerar lo que dicen otros que lo hayan conocido durante períodos prolongados de tiempo (p. ej., padres, profesores, compañeros de trabajo, familiares, amigos).

Falta de remordimientos o culpabilidad: No se siente mal ni culpable cuando hace algo malo (no cuentan los remordimientos que expresa solamente cuando le sorprenden o ante un castigo). El individuo muestra una falta general de preocupación sobre las consecuencias negativas de sus acciones. Por ejemplo, el individuo no siente remordimientos después de hacer daño a alguien ni se preocupa por las consecuencias de transgredir las reglas.

Insensible, carente de empatía: No tiene en cuenta ni le preocupan los sentimientos de los demás. Este individuo se describe como frío e indiferente. La persona parece más preocupada por los efectos de sus actos sobre sí mismo que sobre los demás, incluso cuando provocan daños apreciables a terceros.

Despreocupado por su rendimiento: No muestra preocupación respecto a un rendimiento deficitario o problemático en la escuela, en el trabajo o en otras actividades importantes. El individuo no realiza el esfuerzo necesario para alcanzar un buen rendimiento, incluso cuando las expectativas son claras, y suele culpar a los demás de su rendimiento deficitario.

Afecto superficial o deficiente: No expresa sentimientos ni muestra emociones con los demás, salvo de una forma que parece poco sentida, poco sincera o superficial (p. ej., con acciones que contradicen la emoción expresada; puede “conectar” o “desconectar” las emociones rápidamente) o cuando recurre a expresiones emocionales para obtener beneficios (p. ej., expresa emociones para manipular o intimidar a otros).

Especificar la gravedad actual del Trastorno de Conducta según el DSM-V:



Leve: Existen pocos o ningún problema de conducta aparte de los necesarios para establecer el diagnóstico, y los problemas de conducta provocan un daño relativamente menor a los demás (p. ej., mentiras, absentismo escolar, regresar tarde por la noche sin permiso, incumplir alguna otra regla).

Moderado: El número de problemas de conducta y el efecto sobre los demás son de gravedad intermedia entre los que se especifican en “leve” y en “grave” (p. ej., robo sin enfrentamiento con la víctima, vandalismo).

Grave: Existen muchos problemas de conducta además de los necesarios para establecer el diagnóstico, o dichos problemas provocan un daño considerable a los demás (p. ej., violación sexual, crueldad física, uso de armas, robo con enfrentamiento con la víctima, atraco e invasión).

Fuente: Orientación Psicológica

9.1 HERRAMIENTAS DIGITALES Y APPs: TRASTORNOS DE CONDUCTA

<https://view.genial.ly/6396f634056efd0019433f5f>



Elaboración Propia.CC BY-NC-SA.