



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 40 – MARZO DE 2011

“LA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD EN EL AULA: NIÑOS TDAH”

AUTORÍA MARÍA DEL CARMEN NARVÁEZ SÁNCHEZ
TEMÁTICA ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD
ETAPA EP

Resumen

Presentamos en los primeros apartados una introducción profunda sobre el término TDAH, su historia y evolución. A continuación presentaremos unas pautas comunes para identificar a los niños hiperactivos junto con las características de los mismos. Luego ejemplificaremos a modo de ejemplo cómo diagnosticar un caso anónimo de posible TDAH. Para finalizar presentaremos una propuesta de intervención con la familia y en el ámbito educativo.

Palabras clave

TDAH, DÉFICIT, HIPERACTIVIDAD, SÍNTOMAS,

1.- INTRODUCCIÓN.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDA/H) o sin ella ha recibido múltiples nombres desde las primeras descripciones que se hicieron de él. Al principio se le llamo “Déficit en el control Moral”, haciendo referencia a la dificultad de los niños afectados para aprender e incorporar ciertas normas de comportamiento aceptadas en el ambiente social en el que se vivía. Se le llamo también “disfunción cerebral mínima”, por la sospecha que se tuviera de que dicho trastorno tuviera una base neurológica, actualmente demostrada. Algunos otros nombres recientemente utilizados deberían ir quedando en desuso por describir de forma inexacta la naturaleza del trastorno, como por ejemplo el de “Síndrome hiperactivo” o el de “trastorno de hiperactividad”. Estos términos no parecen actualmente adecuados puesto que sólo hacen referencia a uno de los síntomas del trastorno, quizás el más molesto o evidente para los adultos responsables del niño y que conviven con él, pero no el más importante.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 40 – MARZO DE 2011

Entre un 3% y un 5% de los niños escolarizados son hiperactivos, niños inquietos, impacientes, impulsivos, que no se centran en objetivos o finalidades concretas, que saltan de una cosa a otra, que no atienden a lo que se les dice; en definitiva, niños que no “oyen”, no “obedecen”, no “hacen caso”.

No hay concordancia en cuanto a su definición, algunos dicen que se trata de un síndrome (conjunto de síntomas) que tienen probablemente un origen biológico ligado a alteraciones en el cerebro, causadas por factores hereditarios o como consecuencia de una lesión. Otros que constituye una pauta de conducta persistente en situaciones específicas. Para Safer y Allen (1979) es “trastorno del desarrollo concebido como retraso en el desarrollo, que constituye una pauta de conducta persistente, caracterizada por inquietud y falta de atención excesivas y que se manifiesta en situaciones que requieren inhibición motora. Aparece entre los dos y los seis años y comienza a remitir en la adolescencia”.

2.- PAUTAS COMUNES PARA IDENTIFICAR A LOS NIÑOS HIPERACTIVOS

Los criterios diagnósticos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad son los siguientes:

1. Presencia conjunta de los síntomas básicos: falta de atención, inquietud, movilidad excesiva.
2. Estimar la gravedad del problema tomando como referencia la edad y el nivel intelectual del niño.
3. Valorar el carácter permanente o situacional de las alteraciones.
4. Observación directa de los síntomas.
5. Ausencia de psicosis y trastorno afectivo.
6. Comienzo temprano y persistencial temporal de los síntomas.

2.1.- Características

Los síntomas definitorios del trastorno por déficit de atención con hiperactividad son, la actividad motora excesiva, falta de atención y falta de control de impulsos. Se trata de niños desordenados, descuidados, que no prestan atención en clase, que cambian continuamente de tarea y presentan una actividad permanente e incontrolada sin que vaya dirigida a un determinado objetivo o fin.

Tienen dificultades para permanecer quietos, sentados, suelen responder precipitadamente incluso antes de haber finalizado la formulación de las preguntas, además se muestran impacientes y no son capaces de esperar su turno en las actividades en las que participan más individuos. Interrumpen las actividades o tareas de los compañeros y miembros de la familia. Pueden fácilmente sufrir accidentes y caídas debido a que sus conductas reflejan una escasa conciencia del peligro. Son desobedientes, parecen que no oyen órdenes de los adultos y, por tanto, no cumplen con sus instrucciones.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 40 – MARZO DE 2011

Plantean problemas de disciplina por incumplir o saltarse las normas establecidas. Su relación con los adultos se caracteriza por desinhibición, suelen tener problemas de relación social y pueden quedar aislados del grupo de iguales.

Asimismo, dan muestras de déficit cognitivos y son frecuentes los retrasos en habilidades motoras y del lenguaje, así como las conductas antisociales y la carencia de autoestima.

Se incluyen trastornos de conducta, dificultades de aprendizaje, ansiedad, alteraciones emocionales.

Según los criterios del DSM IV, podemos describir los características en las siguientes, las cuales también nos sirven para el diagnóstico:

Dificultades para mantener la atención y la concentración

- A) 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) Tiene dificultades en mantener la atención en actividades lúdicas.
- C) Parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- D) No sigue instrucciones y no finaliza tareas u obligaciones.
- E) Tiene dificultad para organizar tareas o actividades.
- F) Le disgusta o evita dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido, como trabajos escolares o domésticos.
- G) Extravía objetos necesarios para tareas o actividades.
- H) Se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- I) Es descuidado en las actividades diarias.

Dificultades en el control de la hiperactividad:

- A) Mueve con exceso manos o pies, o se mueve en el asiento.
- B) Abandona el asiento en clase o en otras situaciones donde se espera que permanezca sentado.
- C) Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo.
- D) Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- E) Está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.
- F) Habla en exceso.

Dificultades para controlar la impulsividad:

- A) Se precipita al responder o lo hace antes de haber oído la pregunta completa.
- B) Tiene dificultades para guardar turno.
- C) Interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 40 – MARZO DE 2011

2.- EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN DE LA HIPERACTIVIDAD

La hiperactividad aparece con más frecuencia en niños que en niñas y su proporción está alrededor de ocho de cada cien niños escolarizados y de dos de cada cien niñas escolarizadas. Además de las diferencias cuantitativas, varios autores han señalado que en los niños los comportamientos impulsivos, la excesiva actividad y la falta de atención, persisten durante más tiempo, se mantienen constantes a través de sucesivos cursos escolares y se incrementan al aumentar las exigencias escolares.

Los indicadores de hiperactividad en los distintos momentos evolutivos son los siguientes:

- De cero a dos años: descargas mioclónica durante el sueño, problemas en el ritmo del sueño y durante la comida, períodos cortos de sueño y despertar sobresaltado, resistencia a los cuidados habituales, reactividad elevada a los estímulos auditivos e irritabilidad.
- De dos a tres años: inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motora excesiva, escasa conciencia de peligro y propensión a sufrir numerosos accidentes.
- De cuatro a cinco años: problemas de adaptación social, desobediencia y dificultades en el seguimiento de normas.
- A partir de seis años: impulsividad, déficit de atención, fracaso escolar, comportamiento antisocial y problemas de adaptación social.

La evolución de la hiperactividad no se caracteriza por seguir una línea uniforme ni específica. El pronóstico conlleva impulsividad, fracaso escolar, comportamientos antisociales e incluso delincuencia.

Según Whalen (1986) aproximadamente un 25 % de los niños hiperactivos evolucionan positivamente, con cambios conductuales notables y sin que tengan dificultades especiales durante la adolescencia y la vida adulta. Aproximadamente un tercio de los individuos diagnosticados con hiperactividad en la infancia muestran signos del trastorno en la vida adulta. Los niños que son hiperactivos en todos los ambientes tienen un peor pronóstico porque sufren con más frecuencia las consecuencias negativas que sus comportamientos alterados provocan en la familia, colegio y grupo de amistades; de este modo se vuelven más vulnerables y, por tanto, aumenta el riesgo de que desarrollen comportamientos antisociales.

La coexistencia de conductas desafiantes, agresividad, negativismo, hiperactividad durante la infancia puede conllevar una evolución desfavorable, puesto que los problemas iniciales pueden agravarse en la adolescencia. En esta edad, el pronóstico incluye delincuencia, agresiones, deficiente rendimiento académico y, en general, una adaptación negativa.

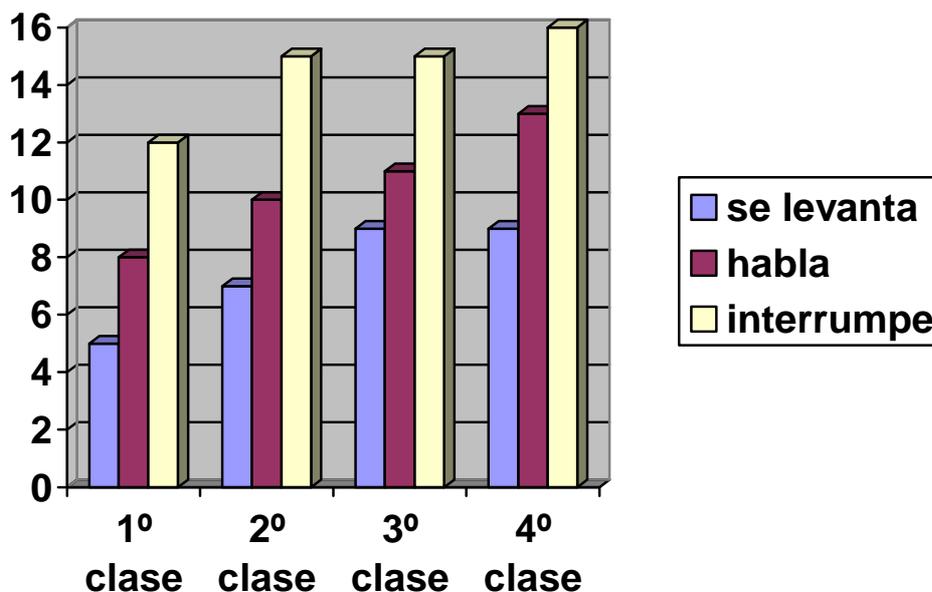
3.- ANTECEDENTES.

En este apartado vamos a exponer a modo de ejemplo, como diagnosticaríamos un caso de hiperactividad, mediante la observación y análisis de un sujeto anónimo.

3.1.- Datos del alumno:

Para realizar nuestro trabajo, hemos seleccionado a un varón de 9 años, ya que el trastorno de hiperactividad es más común en varones de estas edades. Tras una investigación, hemos recopilado algunos datos de interés sobre el alumno. En el colegio, presenta un rendimiento no satisfactorio, con déficit de atención. Tras una observación realizada hemos concluido que el alumno se aburre, está inquieto, se levanta de su sitio, está inquieto y habla demasiado. Los padres, con nivel socioeconómico medio-alto. Su padre es abogado, y su madre es ama de casa. El alumno tiene dos hermanos, mayores que él, una hermana con 15 años, y un hermano con 12 años.

Los datos de la observación realizada han sido recopilados en el siguiente gráfico:





ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 40 – MARZO DE 2011

Podemos observar, que su conducta se agrava a medida que transcurre la mañana. Son más alto los niveles de interrupción en la clase y movimiento, ya que consideramos que hablar y levantarse también es interrumpir.

Tras un peregrinaje por distintos profesionales de la salud pasando por pediatra, psicólogos infantil y psiquiatría infantil y tras la realización de diversas pruebas, llega el diagnóstico del TEAH (trastorno por déficit de atención ala hiperactividad). Una medición y un tratamiento psicológico.

Y en ese momento, con el diagnóstico en la mano, es cuando empezamos a tratarlo. Nos hacemos la pregunta ¿Existe una causa física no tratada?.

La osteopatía tiene una explicación para este tipo de disfunciones. Según la osteopatía y sacro craneal, en concreto, entre el 50y 60% de los niños hiperactivos suelen tener problemas en el nacimiento y bloqueos en algunas de las articulaciones craneales. El parto ha sido siempre un hecho traumático para la madre un momento de sufrimiento, pero desde la aplicación generalizada de la anestesia epidural, ahora el que más sufre es el niño. La madre no tiene la sensibilidad de empujar, ni el tipo de pujo que puede realizar es el adecuado.

4.- EVALUACIÓN

4.1.- WISC-IV

Descripción: ficha técnica.

Origen: Es la cuarta versión de una escala que se publicó por primera ven en 1949 y en (1974 en España)

Contenido: 15 test, 5 índices o puntuaciones compuestas.

Finalidad: Evaluación de las capacidades cognitivas en niños.

Ámbito: 6 años hasta 16 años y 11 meses

Tiempo de aplicación: 1 hora y 50 minutos.

Contenido: tests

15 TESTS



ISSN 1988-6047

DEP. LEGAL: GR 2922/2007

Nº 40 – MARZO DE 2011

10 PRINCIPALES

- Cubos
- Semejanzas
- Dígitos
- Conceptos
- Claves
- Vocabulario
- Letras y números
- Matrices
- Comprensión
- Búsqueda de símbolos

5 OPTATIVOS

- Figuras incompletas
- Animales
- Información
- Aritmética
- Adivinanzas

Contenido: índices

5 índices

Comprensión verbal

Semejanzas

Vocabulario

Comprensión

Información



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 40 – MARZO DE 2011

Adivinanzas

Razonamiento perceptivo

Cubos

Conceptos

Matrices

5 índices

Memoria de

Trabajo Dígitos

Letras y números

Aritmética

Claves

Búsqueda de símbolos → Velocidad de procesamiento

Animales

SEMEJANZAS

23 ítems 11 nuevos + 1 de entrenamiento

Razonamiento verbal, formación de conceptos.

Y además...

Comprensión auditiva, memoria, capacidad para distinguir entre características esenciales y secundarias.

VOCABULARIO

36 ítems(4 dibujos) → 9 nuevos, 27 del WISC-III/WISC-R



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 40 – MARZO DE 2011

Conocimiento de las palabras, nivel de formación de conceptos.

Y además...

Bagaje de conocimientos, capacidad de aprendizaje, memoria a largo plazo.

COMPRENSIÓN

21 ítems → 11 nuevos, 10 del WISC-III/WISC-R

Razonamiento, comprensión y expresión verbal. Capacidad para evaluar y utilizar la experiencia. Y además...

Conocimiento de las normas de conducta convencionales. Madurez, juicio social y sentido común.

INFORMACIÓN

33 ítems → 11 nuevos, 22 del WISC-III/WISC-R.

Capacidad para adquirir, conservar y recuperar conocimientos referidos a hechos generales.

Y además...

Percepción y comprensión auditiva. Expresión verbal.

4.2.- ESMIDA

Utilizado para medir la atención.

Las Escalas Magallanes de Identificación de Déficit de Atención, en niños adolescentes y adultos.

ESMIDAs, se han desarrollado a lo largo de los últimos 3 años; constituyendo una ampliación, mejora y actualización de las Escalas Magallanes de Identificación de TDAH: EMTDA-H.

Los Protocolos Magallanes hacen posible que el diseño de Planes de Intervención Psicoeducativa resulte una tarea cómoda, breve y muy eficaz para el logro de los objetivos que se propongan.

Ya disponibles los siguientes Protocolos Magallanes de Evaluación de:



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 40 – MARZO DE 2011

Dificultades de Aprendizaje en Educación Infantil y Primaria

Dificultades de Aprendizaje en Educación Secundaria

VARIABLES MODULADORAS DEL ÉXITO-FRACASO ESCOLAR

Niños y Adolescentes con TDAs

Problemas de Conducta

Protocolo Magallanes

El fracaso escolar se sitúa en torno al 25% de la población general, es incluso entre los psicólogos y psicopedagogos, el TDA y el TDAH, uno de los temas de más frecuente interés en sus investigaciones, lecturas, congresos y reuniones científicas. Y ello, cuando los estudios de prevalencia más permisivos sitúan los TDAs en un 12% de la población general. Resultaría de interés sociológico conocer los posibles motivos de este repunte de la dedicación a estos problemas cuando no son, en modo alguno, los de más prevalencia en la infancia. Quizás la consideración del TDAH como la consulta de mayor frecuencia tenga sentido en los Servicios o Consultas de Neurología Infantil, lo que se explicaría porque a estas consultas no se remiten de forma habitual ni los problemas de ansiedad (miedos, fobias, trastornos por ansiedad de separación,...) ni los de agresividad o retraimiento social, ni, desde luego, los problemas de fracaso escolar.

Sorprende también que la Psiquiatría, en cuyos congresos de hace unos años no había trabajos sobre los TDAs, mencione ahora que este es el principal problema de consulta en la infancia. Aunque, bien pudiera ser que los problemas de ansiedad, mucho mejor diagnosticados y con tratamientos eficaces desde hace años, hayan dejado de ser motivo de consulta y lo sean ahora los TDAs, por efecto de la información que sobre ellos llevan a cabo las Asociaciones de Afectados y algunos grupos profesionales, a través de diversas publicaciones y medios de comunicación.

En cualquier caso y sea por los motivos que fueren, la realidad es que los TDAs son los problemas infantiles de mayor actualidad e interés, lo cual conlleva la necesidad para los profesionales de la Psicología Clínica y Educativa y la Medicina:

Pediatría, Psiquiatría y Neurología, de dotarse de instrumentos de evaluación que resulten a la vez suficientemente válidos, eficaces y de uso sencillo.

Sin una correcta evaluación: detección, identificación y diagnóstico diferencial de estos problemas, resulta inútil la búsqueda de tratamientos farmacológicos, psicológicos o educativos: mal se puede "tratar" lo que equivocadamente se ha diagnosticado o identificado.

Por otra parte, las Escalas Magallanes de Identificación del TDA-H, obtuvieron una validación excelente para la identificación, entre los 5-6 y los 10-12 años, de los mismos sujetos (niños y niñas con TDAH), pero obviaban igualmente a los Inatentos, además de que sus elementos



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 40 – MARZO DE 2011

resultaban progresivamente menos válidos a medida que aumentaba la edad del sujeto (desde los 10 años en adelante).

5.- INTERVENCIÓN

5.1.- Intervención en el ambiente familiar

Hemos decidido intervenir con el alumno, en los diferentes ambientes, en el caso del ambiente familiar, es fundamental actuar, además seguir ciertas pautas en el ambiente educativo. Es muy importante señalar, que por la observación obtenida, el alumno en su casa, al ser el pequeño, tiene cierta sobreprotección, tanto por parte de su madre como por parte de sus hermanos mayores. Los padres son muy poco pacientes y tolerantes, en cuanto a controlar al niño. Es importante evitar discusiones en su presencia para que no se altere, o discutir sobre él delante del alumno. Los padres ha comentado, que muchas de las discusiones conyugales y familiares han sido provocadas por el niño. La madre será la encargada de medir la hiperactividad e impulsividad de su hijo en casa, gracias a una tabla de registro semejante a la utilizada en el aula. Es importante, que la madre también anote aquellos estímulos que hacen que el niño presente signos de hiperactividad, son por ejemplo: discusiones.

Se ha observado que el niño atiende ante aquellos estímulos que son de su interés, por ejemplo: ordenadores, juegos deportivos, etc. Utilizaremos esta motivación que expresa el niño ante determinadas actividades para poder intervenir. Sería conveniente utilizar para ello en casa la economía de fichas, es un medio muy apropiado para que obtenga un premio, por ejemplo: jugar al ordenador, cuando actúe correctamente y se sepa autocontrolarse.

Es importante, que realice en casa ejercicios de respiración para niños, Edmund Jacobson es el creador del método de relajación conocido como relajación progresiva. A principios de siglo concibió un método para relajarse cuya finalidad era la de provocar una tranquilidad mental al suprimir progresivamente todas las tensiones musculares. Este método pretende un aprendizaje de la relajación progresiva de todas las partes del cuerpo. Consideramos seguir los esquemas de relajación de Jacobson, ya que son muy efectivos en los niños.

Se le aconsejará a los padres que sigan para su hijo una dieta rica en hierro y vitaminas, es denominada según los expertos una dieta de inclusión de estos alimentos ya que se considera que mejora la sintomatología. Según algunos estudios, hay alimentos como por ejemplo la leche de vaca, harina de trigo, colorantes alimentarios, etc., que podrían empeorar la conducta de los niños hiperactivo. Debemos dejar muy claro, que esto es una simple recomendación, y que es un médico, el que en realidad, debería determinar la dieta del niño.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 40 – MARZO DE 2011

5.2.- Intervención en el ambiente escolar.

Es importante, en primer lugar, realizar una tabla de registros para recoger información durante la hora de clase, para ello la observación será un método fundamental, el maestro anota en una tabla cada vez que el niño se levanta, interrumpe o no atiende en clase. Es importante también anotar y darse cuenta de los estímulos que rodean al niño, sobre todos de aquellos que están asociados a la respuesta de hiperactividad. Se obtendrán así pruebas evidentes que indiquen cuáles son aquellos estímulos que están asociados a aquella conducta perturbadora que ocurre con mayor frecuencia en los lugares de observación.

Es muy importante señalar que las entrevistas con los padres para realizar un seguimiento adecuado, son muy importantes para intercambiar consejos, opiniones, actuaciones, etc.

Es fundamental que sea tratado a tiempo parcial en horario escolar, en el aula de educación especial. Serán aconsejables los ejercicios de atención y de memoria, para desarrollar estrategias metacognitivas en el niño. Esto le ayudará a mantener la atención mientras se le está dando instrucciones para que realice una tarea. Utilizaremos la técnica del feedback o retroalimentación, donde el niño participará activamente en la revisión, evaluación y corrección de su propia conducta. Con esto se informará al niño de los resultados de sus actuaciones. Para llevar a cabo este tipo de técnicas utilizaremos una cámara o grabadora, para que contabilice lo que el niño ha realizado.

En el colegio, ya que el niño, presenta cierto retraso en las materias, en relación a sus compañeros, en especial en el área de lectura y matemáticas, por tanto presenta dificultades en el aprendizaje de matemáticas y lengua. El alumno será incorporado a un plan para la adquisición de aprendizajes no adquiridos, en este caso lengua y matemáticas, según indica la legislación en la "*Orden de 25 de julio de 2008, por la que se regula la atención a la diversidad del alumnado que cursa la educación básica en los centros docentes públicos de Andalucía*".

Como propuesta, podíamos llevar a cabo el siguiente esquema de intervención:

- A. Entrenamiento en relajación
- B) Entrenamiento en reducción de la tensión y ejercicio físico
- C) Entrenamiento en inhibición perceptivo-muscular



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 40 – MARZO DE 2011

D) Entrenamiento en atención y concentración con estrategias metacognitivas

Se recomienda que estas sesiones de trabajo se lleven a cabo diariamente en el orden siguiente:

Al inicio de clases: entrenamiento en relajación

Durante el recreo: entrenamiento en reducción de la tensión y ejercicio físico.

Después del recreo: entrenamiento en inhibición perceptivo-muscular y entrenamiento en atención y concentración con estrategias metacognitivas.

6.- CONCLUSIONES

Para nosotros, como profesionales, es fundamental que el trastorno haya sido detectado a tiempo, para determinar el diagnóstico a través de los síntomas. Es muy importante que se deba de actuar inmediatamente. Cuando menor es el niño más fácil será que aprenda ciertos hábitos para combatir con sus posibles crisis de hiperactividad.

El apoyo de la familia hacia el niño, es algo principal. Es muy importante que los que conviven con el niño diariamente puedan darle norma y responsabilidades. Y sobre todo, que acepten al niño tal y como es, para que no sufra discriminaciones, en la calle, en casa de otros familiares, o en determinados ambientes sociales, como por ejemplo fiestas de cumpleaños de otros niños.

Los profesionales de la educación, como maestros, y nosotros mismos, los psicopedagogos debemos brindar al niño comprensión, dándole ordenes claras y simples, para modificar su conducta en pequeños pasos. Es muy importante el algo verbal y el refuerzo positivo para que poco a poco el alumno se vea totalmente integrado en la clase y en su grupo de iguales.

7.- BIBLIOGRAFÍA:

GONZÁLEZ-PÉREZ, J. (coord.) (2002): Necesidades educativas especiales e intervención psicopedagógica, vol. II, Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá de Henares.

MIRANDA, A., ROSELLO, B., SORIANO, M., (1998): Estudiantes con déficit atencionales. Valencia.

MORENO GARCÍA, I. (2008): Hiperactividad Infantil: Guía de actuación. Pirámide. Madrid.

VV.AA (1980): Alumnos con necesidades educativas especiales. Reflexiones sobre educación y desarrollo, Madrid: Popular-M.E.C.

C/ Recogidas Nº 45 - 6ªA 18005 Granada csifrevistad@gmail.com



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 40 – MARZO DE 2011

WEBGRAFÍA

<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-181-1-hiperactividad-estrategias-de-intervencion-en-ambientes-educ.html>

<http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/progresiva.htm>

<http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosdeconducta/trastornodeficitatencionconhiperactividad/default.php>

<http://www.monografias.com/trabajos25/hiperactividad/hiperactividad.shtml>

REFERENCIAS LEGISLATIVAS

Orden de 25 de julio de 2008, por la que se regula la atención a la diversidad del alumnado que cursa la educación básica en los centros docentes públicos de Andalucía.

Autoría

- Nombre y Apellidos: MARÍA DEL CARMEN NARVÁEZ SÁNCHEZ
- Centro, localidad, provincia: CEIP MAESTRO JOSÉ VARELA, DOS HERMANAS, SEVILLA
- E-mail: yonarvaez@hotmail.com