

PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

PASO A PASO

UNA GUÍA PRÁCTICA PARA CONOCER Y
AYUDAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE
APRENDIZAJE

PROBLEMAS DE APRENDIZAJE

PASO A PASO

UNA GUÍA PRÁCTICA PARA CONOCER Y
AYUDAR AL NIÑO CON PROBLEMAS DE
APRENDIZAJE

Volumen 1

REALIZACIÓN EDITORIAL

Elaborado por un destacado grupo de especialistas graduados en reconocidas Universidades e Institutos Pedagógicos del país y que comprenden a profesores de Educación Preescolar, de Educación Primaria, de Educación Secundaria, Licenciados en Educación Especial, Psicólogos, Sociólogos, Pedagogos y Médicos, quienes, por contar con una amplia experiencia, tanto en el trabajo dentro del aula como en labores de investigación, fueron seleccionados para formar parte del equipo responsable de la preparación de esta obra colectiva, la cual, por la trascendencia de la temática desarrollada y la importancia del bloque profesional a quien va dirigida, en todo momento ha sido supervisada por el grupo de asesores Técnicos de esta Empresa Editorial.

© Ediciones Euroméxico, S.A de C.V.
Cerrada de Morelos No. 42
Col. Xocoyahualco
Tlalnepantla, Edo. de Mex.
C.P. 54080
Tel 5374-0499 c/6 Líneas
Fax 5393-1185

ISBN - 968-7854-02-1 Obra Completa
ISBN - 968-7854-03-1 Tomo 1.

EDICIÓN 2001

Impreso y Encuadernado por:
I.G.Marmol S.L.
Impreso en España.

PRESENTACIÓN

Conocer y ayudar a niños con problemas de aprendizaje ha llegado a convertirse en uno de los mayores retos que puede enfrentar un maestro; muy especialmente en nuestra sociedad actual, la cual muchas veces considera que la preparación académica es una forma segura de elevar el nivel de vida personal y que por lo mismo, un alumno que no logra el máximo aprovechamiento en la escuela es posible que nunca pueda alcanzar un futuro auténticamente promisorio.

Por lo anterior, y por el hecho de que los niños con algún problema de aprendizaje manifiestan algo más que pésima lectura, lenguaje desordenado y una mala integración motora, es que se ha preparado esta obra cuyo propósito es presentar una visión general, concisa e integrada de los problemas de aprendizaje, incluyendo, desde luego, los diversos trastornos del lenguaje hablado y escrito, de la aritmética y de la percepción, con sus principales manifestaciones y técnicas correctivas, las que consideramos deben ser conocidas por los maestros, con la finalidad de que puedan detectar y tratar adecuada y exitosamente al niño afectado; exceptuando aquellos casos que requieren, por su naturaleza, de un tratamiento prescrito y aplicado exclusivamente por un especialista.

La obra, que consta de cuatro volúmenes, está dirigida a los profesionales de la educación y por ello, se ha tratado de prescindir de algunos tecnicismos innecesarios, haciéndola fácilmente comprensible.

El primer volumen contiene, además de los aspectos básicos que permitirán introducir al lector en la temática general, los diagnósticos clínicos de los problemas de aprendizaje que generalmente se presentan en los niveles de educación preescolar y primaria, así como de algunos otros trastornos que repercuten de manera directa en el rendimiento del escolar, sin olvidar las causas que los originan y los factores que, en mayor o menor medida, contribuyen a su formación.

En el segundo y tercer volúmenes se presentan múltiples modelos de ejercicios y actividades especialmente diseñados para la corrección de los problemas de aprendizaje más comunes, y en donde, PASO A PASO se construyen los conocimientos que por alguna razón no habían quedado bien estructurados en la mente del alumno, lo que denota el enfoque constructivista de esta obra, la cual se apoya en la moderna pedagogía operatoria. Por otra parte, también se proporciona un útil conjunto de herramientas teórico-prácticas cuyo propósito es desarrollar habilidades para asimilar los nuevos conocimientos y contribuir a la formación de sólidos hábitos de estudio.

Finalmente, el cuarto volumen consiste en un excelente y muy completo diccionario psicopedagógico, donde el lector podrá aclarar, fácil y rápidamente, cualquier duda que llegara a surgir durante la lectura de la presente obra, la que esperamos se convierta en su más valioso auxiliar.

CONTENIDO

Introducción

Las alteraciones en los procesos básicos del aprendizaje 9

Corrientes psicopedagógicas del aprendizaje

El aprendizaje 11
 Corrientes psicopedagógicas 12
 El conductismo 14
 El cognitivismo 15

Los problemas de aprendizaje

Problemas de aprendizaje 16
 Causas de los problemas de aprendizaje 17
 Disfunción cerebral mínima 18
 Las influencias ambientales 19
 Discapacidad e impedimento 20
 Identificación de niños con problemas de aprendizaje 21
 Corrientes psicopedagógicas y problemas de aprendizaje 23

Trastornos sensoriales

Deterioro visual 24
 EL niño invidente 26
 El niño débil visual 28
 La percepción visual y el aprendizaje 29
 Deterioro auditivo 31
 Los trastornos auditivos y el aprendizaje 33
 El lenguaje oral y el niño sordo 35

Trastornos del desarrollo psicomotor

Inestabilidad psicomotriz 36
 Paratonía 37
 Zurdería contrariada y ambidextrismo 38
 Los tics 39
 Las apraxias 40
 Asomatognosia y agnosia digital 41

| | |
|--|----|
| Trastornos del desarrollo intelectual | |
| Retraso mental | 42 |
| Trastornos de la memoria | 45 |
| Estimulación temprana | 46 |
| Los superdotados | 47 |
| Trastornos del habla y del lenguaje | |
| Paladar o labio hendidos | 50 |
| Mutismo electivo | 51 |
| Trastornos de la articulación | 52 |
| Trastornos en el flujo del habla | 54 |
| La disfasia | 56 |
| La dislexia | 63 |
| Dislexia del desarrollo | 66 |
| La disgrafía y disortografía | 68 |
| Trastornos del cálculo | |
| Discalculia | 69 |
| Discalculia adquirida | 70 |
| Trastornos de la conducta | |
| El niño autista | 71 |
| Déficit de la atención | 73 |
| Hiperactividad | 75 |
| Depresión y ansiedad infantil | 80 |
| Deficiencias en las habilidades sociales | 83 |
| El niño maltratado | 86 |
| Esquizofrenia en la niñez | 88 |
| Enuresis y encopresis | 90 |
| Trastornos de la salud | |
| Parálisis cerebral | 91 |
| Epilepsia | 92 |
| Recomendaciones finales | |
| Los padres y los problemas de aprendizaje | 94 |
| La actuación del maestro ante un problema de aprendizaje | 95 |

Las alteraciones en los procesos básicos del aprendizaje

Usted y nosotros, como educadores, estamos ampliamente familiarizados con el término *proceso*, el cual empleamos en diversas formas: por ejemplo, cuando se habla de los procesos del pensamiento, al referirnos a las operaciones mentales que un niño utiliza para razonar; o bien, cuando mencionamos los procesos necesarios para el dominio de la matemáticas o del español. Sin embargo, recientemente han despertado un gran interés entre los maestros los llamados **procesos básicos del aprendizaje**, especialmente, los auditivos, visuales, táctiles, motores y vocales, así como los fenómenos no **modales** como la **retroalimentación**, el cierre y los **procesos de memoria**.

La razón de este renovado interés se debe a la relación que se observa entre la integridad de dichas funciones y el éxito académico o lingüístico del alumno. Al respecto, es importante destacar que a veces esa integridad procesal puede llegar a sufrir alguna alteración que provoque la pérdida de un proceso básico ya establecido, la inhibición en el desarrollo de dicho proceso o por lo menos, la interferencia con su funcionamiento.

El primer caso puede ejemplificarse cuando un niño pierde la capacidad del habla después de padecer una hemorragia cerebral; el segundo, si el alumno muestra un desarrollo considerablemente atrasado; el tercero, si el pequeño habla, pero presenta fallas reiteradas en la sintaxis o en la pronunciación correcta de las palabras.

Desde luego es más probable que a usted le sean más conocidas las dos últimas alteraciones, ya que a estos grupos pertenecen aquellos niños que no leen bien y los que están bajo alguna terapia de lenguaje. Ahora bien, se han citado ejemplos concretos de problemas en el habla y el lenguaje; pero existen muchos otros casos de trastornos en la lectura, deletreo, escritura, aritmética y otras actividades académicas.

Los tres tipos de deterioro señalados afectan el desempeño **perceptivo, lingüístico o motor** del niño, puesto que trastornan sus vías de **descodificación** (receptivas), las de **codificación** (expresivas) o las asociaciones que combinan la descodificación y codificación. Claro está que cabe la posibilidad que un niño experimente algún problema aislado en la descodificación visual, con el resultado de que sea un mal lector; pero el cuadro común en la escuela es el de aquellos alumnos que padecen más de una dificultad con una severidad de mayor o menor grado.

Estas alteraciones son la causa general de los problemas de aprendizaje, y en cuya definición, como se verá más adelante, quedan excluidos todos los niños cuyos problemas primarios son la subnormalidad mental, privación educativa o cultural, grave perturbación emotiva o algún déficit sensorial. La opción de no incluirlos es en realidad arbitraria y generalmente se basa en aspectos administrativos, ya que no se puede negar la presencia de trastornos en el aprendizaje, aunque resultan secundarios a la afección principal, en todos aquellos casos mencionados.

De hecho, el concepto clave utilizado para definir a los problemas de aprendizaje consiste en la **discrepancia** o principio de **disparidad**, el cual supone que la característica esencial del niño con problemas de aprendizaje radica en la diferencia notable entre lo que es capaz de hacer y lo que en realidad lleva a cabo; es decir, señala una marcada deficiencia en el aprovechamiento de aquellas actividades que se refieren a la escuela o que tienen que ver con el lenguaje. De todas formas, no debe olvidarse que las bajas calificaciones y el hecho de que un escolar salga mal en los exámenes, no son suficientes para indicar la presencia de estos problemas. Para que un diagnóstico sea válido, el rendimiento apreciado deberá ser inesperadamente bajo, si se compara con su capacidad mental, con las características de rendimiento de sus condiscípulos y con su desempeño en otras áreas cognoscitivas, lingüísticas o escolares en general.

El aprendizaje

El aprendizaje es el producto de los intentos realizados por el hombre para enfrentar y satisfacer sus necesidades. Consiste en cambios que se efectúan en el sistema nervioso a consecuencia de hacer ciertas cosas con las que se obtienen determinados resultados.

Las acciones llevadas a cabo y sus efectos constituyen **asociaciones** que provocan **estímulos** en el cerebro que las refuerzan, positiva o negativamente, convirtiéndolas en **estructuras cognoscitivas**; es decir, conocimientos que se emplearán a partir de ese momento en los procesos del pensamiento y que, llegado el caso, podrán ser relacionados con nuevas situaciones. Esto último, que implica la capacidad de sacar conclusiones a partir de lo observado, se conoce como **conceptualización**. En la medida que las conceptualizaciones efectivas y cognoscitivas se combinan, se formará un individuo creativo y **autodirigido**, capaz de generar ideas.

Pero no todo es tan simple. Son muchos los factores que deben tomarse en cuenta para el aprendizaje: el desarrollo de la percepción, la interrelación entre los distintos sistemas sensoriales, el impacto de los defectos sensoriales en el rendimiento escolar, la inteligencia y la influencia del medio y la herencia, y el desarrollo intelectual y afectivo

Esta es la razón por la que a través del tiempo, personas como María Montessori, Ovide Decroly, John Dewey, Georg Kerschensteiner, Edouard Claparede, Celestin Freinet, Jean Piaget y tantos más, han dedicado todos sus esfuerzos y una gran parte de su vida al estudio de la problemática que representa el aprendizaje y sus soluciones; y no sólo esto, en el campo del conocimiento humano, surgió la pedagogía como disciplina independiente; la psicología, como enriquecedora de la pedagogía; la psicopedagogía, fusionando ambas; y la sociología educativa, que contempla la permanente relación sociedad-educación.



María Montessori



Ovide Decroly

Corrientes psicopedagógicas del aprendizaje



B. F. Skinner

Como ciencias estrechamente ligadas, la psicología y la pedagogía se ocupan de estudiar el desarrollo individual como resultado de la interacción entre el escolar y el medio, centrándose en el desarrollo **congnoscitivo** y emotivo del niño así como en los procesos de maduración y en la evaluación de su aprendizaje. Además, proporcionan a los profesores los elementos necesarios para optimizar las capacidades de los alumnos. Enfocan la problemática que implica el aprendizaje desde varios puntos de vista, lo que explica el surgimiento de las distintas corrientes **psicopedagógicas** o **teorías del aprendizaje**, las cuales, pese a sus diferencias, persiguen como objetivo común el brindar a los maestros las estrategias docentes de mayor utilidad.

Corrientes o teorías del aprendizaje

- La **pedagogía tradicional**, que se fundamenta en el memorismo y donde el alumno se maneja únicamente como **receptor** de la información.
- La **pedagogía activa**, representada por Celestin Freinet con su teoría de la educación del trabajo y la libre expresión de los niños, que a su vez está basada en la psicología gestáltica o de la percepción **intuitiva**, desarrollada por Wertheimer y Kohler.
- El **conductismo**, corriente psicológica que sustenta a la tecnología educativa o **pedagogía industrial**, la cual, pese a la opinión de sus críticos, constituye un impacto en la tarea educativa, ya que es todo un sistema con su propia filosofía. J. Watson conformó sus bases definitivas y con Skinner alcanzó su plena madurez.
- El **cognitivismo**, cuyo máximo exponente es Jean Piaget y su **teoría psicogenética**, donde establece que una con-



Jean Piaget

ducta es un intercambio entre el sujeto y el mundo exterior. Para algunos especialistas, no es una corriente, sino una etapa intermedia entre el conductismo y la pedagogía operatoria.

- La **pedagogía operatoria**, inspirada en el enfoque **constructivista** y psicogenético de Piaget, tiene como propósito la formación de individuos capaces de desarrollar un pensamiento autónomo que pueda producir nuevas ideas y permita avances científicos, culturales y sociales. El cambio fundamental que propone consiste en centrar el eje de la educación en el alumno y no en el profesor, como se ha venido haciendo implícitamente. Pretende modificar la enseñanza actual, porque, según dice, habitúa a los escolares a una obediencia intelectual; por ello propone como alternativa que la educación se cimiente en una concepción constructivista del pensamiento.

¿SABÍA USTED...?

El desarrollo cognoscitivo piagetiano. Etapas

Sensoriomotriz (0-2 años). Empieza a utilizar la imitación, la memoria y el pensamiento. Reconoce que un objeto no deja de existir cuando está oculto y al quitarle algo o perderlo, lo busca. Cambia de las simples acciones reflejas a la realización de actividades dirigidas hacia metas; se inicia la **etapa lógica**: aprende a sacar juguetes de una caja y luego meterlos.

Preoperacional (2-7 años). Desarrolla gradualmente el uso del lenguaje y el **pensamiento simbólico** o capacidad de formar y utilizar símbolos como palabras, gestos, signos, imágenes, etc. Es capaz de pensar las operaciones en forma lógica y en una dirección, es decir, le es difícil pensar en sentido inverso o revertir los pasos de una tarea. Tiene dificultades para considerar el punto de vista de otra persona.

Operacional concreta (7-11 años). Está capacitado para resolver problemas concretos en forma lógica. Comprende las leyes de la conservación de la materia (la cantidad o número de algo se conserva aunque se cambie orden o apariencia, mientras no se agregue o quite algo) y puede clasificar o establecer series. Entiende la **reversibilidad**.

Operacional formal (11-adulto). Puede resolver problemas abstractos en forma lógica. Su pensamiento se vuelve más científico. Desarrolla intereses por los aspectos sociales y por la identidad.

El conductismo

¿SABÍA USTED...?

A partir de los trabajos de Thorndike, Skinner estructura la teoría del **condicionamiento operante**, en donde una conducta del sujeto se modifica como efecto de las consecuencias que lleva consigo.

El conductismo es una de las corrientes psicopedagógicas más importantes de este siglo. Su base fundamental es la relación **estímulo-respuesta** y por ello es capaz de sustentar parte de los métodos correctivos en algunos de los **problemas de aprendizaje** más comunes. Dueño de una filosofía, determina que la psicología tenga por objeto la interacción continua entre el sujeto conductual y los eventos observables, físicos y sociales del ambiente. Su marco teórico está definido por leyes funcionales que establecen la fortaleza o debilidad de las relaciones entre la conducta y el sujeto, como es el caso del aprendizaje y el desarrollo, la evaluación o inhibición (**involución**) de los patrones de comportamiento (cambios en las destrezas y capacidades), el mantenimiento de la conducta y la generalización de las interacciones observadas. Posee toda una metodología de investigación adecuada para el estudio de la conducta con resultados aplicables en la práctica educativa.

Las raíces de esta corriente se localizan en el **empirismo** filosófico de Aristóteles, Descartes, Locke, Berkeley y Hume, reconocidos también como los iniciadores del **asociacionismo y objetivismo**, al considerar que la asociación de ideas, la experiencia y la observación, son las bases del conocimiento. Por su parte, James Mill, John Stuart Mill, Bain y Herbert Spencer hicieron valiosas aportaciones a esta corriente, mientras que los rusos Sechenov, Bechterev y especialmente Pavlov, con el **condicionamiento clásico** o respondiente (el organismo aprende a emitir respuestas reflejas a estímulos que previamente eran incapaces de producirlas), introdujeron métodos en el estudio del **condicionamiento** o asociación **estímulo-respuesta**, empleados en el análisis conductual. En América, los estadounidenses Edward Thorndike, con la teoría del **aprendizaje instrumental** (relación ensayo-error), y J. Watson, que como ya se dijo, sentó las bases de la teoría conductista, lograron notables adelantos. Pero es con Skinner cuando el conductismo alcanza su madurez y repercute profundamente en el aprendizaje y en el estudio general del comportamiento humano.

ALGO MÁS

En el condicionamiento clásico la respuesta la determina el estímulo; en el operante, es la misma respuesta la que determina el cambio de conducta. Una de sus aplicaciones la encontramos en la **enseñanza programada**, que tuvo excelente acogida por parte de los profesores y se extendió rápidamente aun en otros ámbitos, como la industria.

El cognitivismo

A finales de la década de los sesentas surge una nueva perspectiva que asegura que el aprendizaje no sólo es el resultado de procesos externos como los **refuerzos** que se emplean en el condicionamiento, tales como la sonrisa del maestro ante la respuesta correcta del alumno o un gesto reprobatorio en caso contrario, sino que también participan activamente los procesos internos, que aunque no son observables, llegan a controlar y dirigir la conducta. Se trata del **cognitivismo**, al que muchos especialistas definen como una transición entre el conductismo y las teorías psicopedagógicas actuales, puesto que carece de formulaciones globales y está integrado por estudios parciales sobre el proceso enseñanza-aprendizaje o sobre sus diversos componentes.

Para el cognitivismo, el aprendizaje es un proceso de modificación interno que se produce como resultado de la interacción entre la información procedente del medio y el sujeto activo. Tiene un carácter absolutamente intencional por parte del sujeto.

Dentro de su teoría del **contextualismo constructivista**, destaca la importancia del medio ambiente físico-social en los aprendizajes y cómo éstos se estructuran sobre los ya adquiridos en una forma activa y creadora y no meramente acumulativa, pues considera al escolar capaz de procesar, adquirir e incorporar nuevos conocimientos. Para esto recurre al uso de diversas técnicas como la repetición, las ayudas **nemotécnicas** (ejercicios que propician el desarrollo de la memoria), los subrayados, la imaginación, el razonamiento por analogía y la **metacognición** o conocimiento del pensamiento.

Jean Piaget, dentro de su **teoría psicogenética** establece que una conducta, sea motora, perceptiva, memorística o propiamente inteligente, es un intercambio entre el sujeto y el mundo exterior. Para él, la experiencia y el aprendizaje no son suficientes para explicar el conocimiento y su origen; ya que es necesaria una estructuración y depende enteramente de la actividad del sujeto llegar a ese conocimiento.

¿SABÍA USTED...?

Según Piaget, todas las especies heredan dos tendencias básicas o funciones invariables. La primera es la **organización**, que las lleva a combinar, ordenar, volver a combinar y volver a ordenar conductas y pensamientos en sistemas coherentes; y la segunda, que es la **adaptación** o ajuste al entorno.

ALGO MÁS

Piaget divide el desarrollo intelectual en cuatro etapas que denomina estadios: sensorio-motor, preoperatorio, de las operaciones concretas y de las operaciones formales. Estas etapas o estadios comprenden de los 0 a los 14 años de edad, por regla general.

Problemas de aprendizaje

¿SABÍA USTED...?

No todos los casos de niños con problemas de aprendizaje son similares. Las características más comunes son las dificultades específicas que presentan en una o más asignaturas académicas, la coordinación deficiente, el problema para prestar atención, la hiperactividad e impulsividad; los trastornos de pensamiento, memoria, habla y oído; y los altibajos emocionales agudos. La mayoría tiene dificultades para leer, probablemente como consecuencia de barreras para relacionar los sonidos con las letras que forman las palabras, por lo que además les es difícil deletrear.

ALGO MÁS

El segundo aspecto más importante lo constituyen las matemáticas, tanto en el cálculo como en la solución de problemas. Después viene la escritura, la cual es ilegible, así como el lenguaje oral, que puede ser vacilante o desorganizado. Son niños que a menudo carecen de formas efectivas para realizar sus tareas escolares; no saben como extraer la información relevante, ni como utilizar las estrategias de aprendizaje y mucho menos son capaces de cambiarlas o autoevaluarse.

Todos los que estamos involucrados en el desarrollo del proceso educativo, manejamos habitualmente la expresión **problemas de aprendizaje** como si se tratara de un término común y corriente que no necesita mayores explicaciones; pero la realidad es otra, puesto que estamos hablando de uno de los aspectos más controvertidos y probablemente menos comprendidos de la educación del hombre y que reviste cada vez mayor importancia.

La idea de que algunos niños y adolescentes padecen algún problema de aprendizaje no es nada nuevo, aunque la expresión se empezara a usar allá por los sesentas. Lo que ocurre es que en nuestro mundo actual los problemas de aprendizaje ya representan la principal categoría dentro de la **educación especial**, considerando la cantidad de personas que los sufren y los presupuestos gubernamentales destinados a su atención. Tan sólo en los Estados Unidos de América, los expertos aseguran que diariamente se suman a los ya existentes, cerca de 1000 nuevos casos de escolares que presentan algún tipo de dificultad en el aprendizaje.

En términos generales, se entiende como problema de aprendizaje, el trastorno de uno o más de los procesos psicológicos básicos relacionados con la comprensión o el uso del lenguaje, sea hablado o escrito, y que puede manifestarse como una deficiencia para escuchar, pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o realizar cálculos aritméticos. Se origina por problemas perceptuales, lesión cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia del desarrollo, entre otras causas.

Están fuera de este concepto todos los niños cuyas dificultades en el aprendizaje se deben a impedimentos visuales, del oído, de índole motora, retraso mental, perturbaciones sociales o emocionales, o bien, situaciones ambientales como diferencias culturales, instrucción insuficiente o inadecuada y factores psicogénicos.

Causas de los problemas de aprendizaje

Como causas primarias probables se consideran un funcionamiento neurológico bajo lo normal o alguna programación inadecuada en el tejido nervioso, aunque en lo general se considere como normal. En el primer caso, se trata de **disfunciones neurológicas**, como desviaciones orgánicas del tipo de variaciones genéticas, irregularidades bioquímicas y lesiones cerebrales, que pueden ocasionar el funcionamiento anormal del cerebro. Para muchos investigadores los problemas de aprendizaje son causados por alguna alteración en el sistema nervioso central, cuyo trabajo consiste en regular los impulsos entrantes y salientes e interconectar las asociaciones neuronales. Cualquier desempeño subnormal en sus procesos es capaz de inhibir o retardar la capacidad que un niño tenga para aprender o responder. Esto se conoce como **disfunción cerebral mínima**. En el segundo caso se pueden citar como ejemplos de programación neurológica inadecuada las deficiencias de carácter ambiental que inhiben el desarrollo de una o más capacidades básicas.

¿Qué ocasiona una disfunción cerebral? Los especialistas consideran que en los adultos estas disfunciones pueden originarse por hemorragia cerebral, por algunas enfermedades que ocasionan fiebres altas y por heridas en la cabeza. Si se trata de niños, la gran mayoría de los casos tienen que ver con un ambiente intrauterino desfavorable. Se identifican como causas los nacimientos prematuros, la anoxia o insuficiencia de oxígeno en las células, el trauma físico, el factor Rh, las malformaciones congénitas, factores hereditarios y la desnutrición.

Los primeros lugares los ocupan la **anoxia** y la hemorragia cerebral; especialmente la anoxia, puesto que las células nerviosas son más vulnerables: las neuronas del corte cerebral sufren daño irreparable si se les priva de oxígeno por más de cinco minutos.

¿SABÍA USTED...?

Un diagnóstico oportuno es importante para evitar que el niño con problemas de aprendizaje se sienta frustrado y desalentado, ya que a partir de ese momento será posible la corrección o atención del problema que presente. Todo esto está muy bien; pero surge una pregunta necesaria: ¿por qué se presenta este tipo de dificultades que afectan a tantos escolares? ¿De dónde surgen?

ALGO MÁS

Si un niño de clase media, con comportamiento normal y que posee un coeficiente intelectual elevado padece algún serio problema de lectura que maestros capaces no han podido remediar, es un caso claro de dificultad en el aprendizaje. Por otra parte, un niño de los suburbios o que vive en barrios viejos, que va muy mal en la escuela, con coeficiente intelectual apenas **límitrofe** y con comportamiento escolar desordenado, también es un caso de dificultad en el aprendizaje. En los casos descritos resulta difícil determinar qué problema contribuyó en primer lugar para que esas deficiencias escolares se presentaran.

Disfunción cerebral mínima

¿SABÍA USTED...?

En general, se puede afirmar que la relación entre el concepto de disfunción cerebral y el de trastorno en el problema de aprendizaje se basa en la observación de casos individuales, puesto que en ocasiones la relación es indudablemente causal y en otras, sólo asociativa.

Las actividades cerebrales que se relacionan con los problemas de aprendizaje se pueden clasificar de acuerdo a las áreas de función cerebral: motora o motriz, mental, sensorial y convulsiva. Al existir **desempeño neurológico subóptimo** (bajo lo normal) que pudiera causar deterioro dentro de alguna de las áreas del funcionamiento cerebral, se producen manifestaciones de dos tipos: **abiertas** o grandes y **límitrofes** o mínimas.

Si el niño manifiesta signos abiertos, es prueba sólida de disfunción cerebral; la presencia de signos límitrofes no se considera suficiente para ese diagnóstico. Si un alumno con parálisis cerebral muestra tendencia a los ataques epilépticos, es casi seguro que sufra alguna disfunción cerebral, lo que no sería tan factible si no hubiera tenido dicho padecimiento y sus manifestaciones se concretaran a movimientos torpes, poco lapso de atención, **perseverancia** y berrinches.

ALGO MÁS

Si bien la mayoría de los niños con problemas de aprendizaje padecen insuficiencias educativas o consecuencias de disfunciones cerebrales, esto no significa que la totalidad esté en ese caso, puesto que muchos niños con parálisis cerebral o epilépticos no tienen impedimento educativo o perceptivo y en cambio otros, con dificultad en el aprendizaje, no manifiestan pruebas claras de disfunción cerebral. Se debe recordar que existen escolares con problemas educativos y otras conductas que son producto de influencias ambientales.

El grado de los trastornos varía de **mínimo a grave**, y precisamente una gran mayoría de los problemas de aprendizaje corresponde a manifestaciones límitrofes o mínimas, razón por la que se asegura que la **disfunción cerebral mínima** es una causa primaria probable de este tipo de dificultades. Por ejemplo: la **coreoatetosis** (afectación a los centros del control motor) y la torpeza excesiva, son manifestaciones límitrofes en el área **motora**; el retraso mínimo o leve, la hiperactividad, impulsividad, distractibilidad, breve lapso de atención, baja tolerancia a la frustración y los berrinches, son manifestaciones también límitrofes en el área **mental**, al igual que la perseverancia, los patrones de pensamiento concreto, la dificultad de abstracción y la discalculia; la memoria defectuosa para formas o trazos, el concepto espacial defectuoso y la inatención visual o táctil, corresponden a manifestaciones límitrofes dentro del área de función cerebral **sensorial**; y por último, la epilepsia sin ataques, es una manifestación mínima dentro del área **convulsiva**.

Las influencias ambientales

Existen niños que manifiestan problemas específicos en el aprendizaje y otras conductas que son el resultado de **influencias ambientales**, pero no de una auténtica disfunción cerebral. La problemática educativa presentada es semejante en ambas situaciones, a tal grado que es difícil establecer las diferencias y se requiere sondear el ambiente del escolar buscando factores que puedan explicar su falta de aprovechamiento y sobre todo, evitar emitir un diagnóstico erróneo. Dos de los factores ambientales que inhiben la capacidad del niño para aprender son la falta de experiencia temprana y el desajuste emocional.

Nuestra civilización actual requiere de un mayor perfeccionamiento en los procesos sensomotores, pero, paradójicamente, las oportunidades prácticas necesarias para que los niños desarrollen dichos procesos han disminuido. Recuerde usted que los infantes de otra época perfeccionaban sus capacidades **sensomotoras** al desarmar algunos enseres caseros, y hoy encontramos que esos objetos son demasiado frágiles, complicados y hasta peligrosos para la actividad exploratoria.

La percepción precede a la acción y por ello es necesaria la **experiencia perceptiva temprana** para el desarrollo de un comportamiento coordinado y visualmente dirigido. En la medida que se perfeccione la coordinación sensomotora, se incrementará a su vez la eficiencia de los procesos perceptivos.

Por otra parte, las reacciones emocionales desempeñan una función esencial en la **percepción**. Se ha comprobado con niños de preescolar y primer grado de primaria, la relación entre conflictos y perturbaciones emocionales y problemas conductuales, con los trastornos en la percepción visual, retraso en la lectura e incluso trastornos del habla.

¿SABÍA USTED...?

Es lógico que los niños perturbados emocionalmente sean hostiles, procedan sin motivación, se muestran retraídos, no cooperen o se comporten agresivamente, y que por ello rindan mal en la escuela; sin embargo, no es creíble que sea el único agente causal de muchas de las dificultades en el aprendizaje, puesto que también existen otros importantes factores, aunque sin dejar de reconocer la determinante influencia del ambiente para que el niño logre adquirir y desarrollar muchas de sus capacidades.

Discapacidad e impedimento

¿SABÍA USTED...?

Algunos expertos sostienen que muchos de los escolares clasificados como alumnos con problemas de aprendizaje, en realidad no lo son. Se trata de niños de **lento aprendizaje** que asisten a escuelas comunes o alumnos de **aprovechamiento promedio** en planteles de alto nivel académico.

Para detectar con mayor seguridad los problemas o incapacidades que pueden interferir con el aprendizaje, hay que establecer en primer lugar la diferencia entre una discapacidad y un impedimento. Una **discapacidad** consiste en la falta de habilidad o incapacidad para realizar una función específica como ver, oír o caminar. Un **impedimento** es una desventaja en una situación particular y en ocasiones como resultado de una discapacidad; por ejemplo, el estar ciego (discapacidad visual) se convierte en un impedimento al realizar tareas que requieran de la vista, pero deja de serlo si las actividades que se desarrollan sólo necesitan del oído o del tacto.

A pesar de que algunos **impedimentos físicos** de los escolares les obligan a utilizar **dispositivos ortopédicos** como tirantes, zapatos especiales, muletas o sillas de ruedas, si lo permiten las características arquitectónicas de las escuelas y cuentan con cierto auxilio de sus profesores, éstos podrán desenvolverse como cualquier otro estudiante, sin que haya un verdadero problema de aprendizaje.

Pero lo anterior no ocurre en todos los casos, ya que la mayoría de los impedimentos obligan a una atención especial, como los **ataques** provocados por la epilepsia y fiebres altas originadas por infecciones, los cuales consisten en descargas anormales de energía en ciertas células del cerebro y que van desde los **generalizados**, acompañados por violentas convulsiones seguidas de un estado de coma, hasta los muy leves, llamados **ataques de ausencia**, que pueden pasar desapercibidos; la **parálisis cerebral**, que hace que un niño tenga mayor o menor dificultad para mover y coordinar su cuerpo; las **deficiencias auditivas** severas, las cuales llegan a presentarse en niños con frecuentes dolores en los oídos, infecciones en los senos nasales o alergias; y los **impedimentos visuales**, también severos, o debilidad visual, que obliga al uso de lupas o libros con tipografía grande.

ALGO MÁS

Otra alternativa es que sean alumnos con dificultades para aprender un segundo idioma o hasta niños que crean problemas o que se atrasan por inasistencias o cambios de escuela.

Identificación de niños con problemas de aprendizaje

Los niños con problemas de aprendizaje no están perturbados emocionalmente, no tienen desventajas culturales, no son retrasados mentales, no están lisiados de manera visible, ni tampoco hay impedimentos visuales o auditivos. Simplemente no aprenden como los demás niños ciertas tareas básicas y específicas relacionadas con el desarrollo intelectual y los aspectos académicos; van mal o muy mal en la escuela, los maestros se quejan por su falta de aprovechamiento y los padres se desesperan.

Aunque los gobiernos de muchos países disponen de programas dedicados a niños con retraso mental, perturbaciones en el habla y la lectura, alteraciones emocionales o impedimentos **ortopédicos**, aún subsisten confusiones para determinar la frontera entre los problemas de aprendizaje puros y otro tipo de limitaciones; inclusive la nomenclatura utilizada y su interpretación, ha dificultado el establecimiento de normas de identificación precisas.

El niño con problemas de aprendizaje es un niño excepcional que requiere atención excepcional, ya que se trata de seres humanos con rasgos físicos, características mentales, habilidades psicológicas o conductas observables que difieren significativamente de los de la mayoría de cualquier población determinada; incluso comprenden a los individuos superdotados. Son muchos los casos de escolares que hacen grandes esfuerzos y su trabajo es aceptable en la mayoría de las asignaturas, su trato es agradable y se llevan bien con sus compañeros; pero son incapaces de deletrear, su escritura es ilegible, no respetan los renglones, invierten letras, tienen problemas para identificar los números o confunden las palabras. Otros, siendo brillantes, talentosos, motivados, con gran facilidad de adaptación y bastantes conocimientos en muchos temas, carecen de capacidad matemática. Y también tenemos a aquellos que presentan múltiples problemas de conducta que influyen negativamente en su aprovechamiento.

¿SABÍA USTED...?

El niño **hiperactivo** permanentemente se está moviendo, habla mucho en clase, casi siempre está distraído y es incapaz de permanecer quieto en su asiento; en cambio, el **hipoactivo** casi no se mueve, es tranquilo, letárgico, no causa problemas y generalmente pasa inadvertido. Otros, los faltos de coordinación, se desempeñan mal al correr, atrapar pelotas, saltar, incluso caminar y sufren frecuentes caídas y tropezones; además, se les dificulta escribir y dibujar.

ALGO MÁS

También los hay, como en el caso de la **perseverancia**, que repiten sus errores al escribir, que repiten una pregunta a pesar de que ya fue contestada, que cubren la página con un solo color y que hasta insisten en golpear un clavo con el martillo, aunque esté del todo clavado.

¿SABÍA USTED...?

Los trastornos de la comunicación generalmente se deben a impedimentos auditivos que limitan el desarrollo normal del habla en el niño, al uso de un lenguaje inadecuado en el seno familiar o a problemas emocionales por falta de atención en el hogar o una percepción distorsionada del mundo.

Algunos trastornos asociados con el atraso escolar pueden ser identificados con cierta facilidad ya que se manifiestan externamente, como por ejemplo:

- **Trastornos de articulación:** sustitución de un sonido por otro, *cala* por *cara*; distorsión de un sonido, *chine* por *cine*; sonido agregado, *nadien* por *nadie*; omisión de un sonido, *juga* por *juega*; pero sin olvidar que la mayoría de los niños no dominan normalmente todos los sonidos hasta que pasan la etapa que va entre los 6 y 8 años de edad.
- **Tartamudeo:** aparece generalmente entre los 3 y 4 años de edad; no es claro su origen pero provoca ansiedad y turbación a quien lo padece.
- **Problemas de voz:** está considerado como un deterioro del habla y consiste en emplear un tono, calidad o volumen inapropiados, así como hablar en forma monótona.
- **Trastornos del lenguaje oral:** el niño no presenta indicios de comprender o utilizar el lenguaje espontáneamente, alrededor de los 3 años; su lenguaje es diferente o su desarrollo está retrasado en relación con niños de su misma edad. También puede ocurrir que el desarrollo normal del lenguaje se halla visto interrumpido por una enfermedad, accidente o cualquier trauma.
- **Trastorno de ansiedad-retracción:** se trata de niños ansiosos en extremo, alejados, tímidos, deprimidos, hipertensos, desconfiados y que lloran con facilidad.
- **Inmadurez de la atención:** su capacidad de atención dura poco tiempo, sueñan despiertos frecuentemente, tienen poca iniciativa; son desorganizados y su coordinación es deficiente.
- **Agresión socializada:** a menudo se convierten en miembros de bandas e impulsados por el código conductual de sus compañeros, pueden cometer graves delitos.
- **Conducta psicótica:** su conducta puede ser rara y suelen manifestar ideas que salen por completo de la normalidad.
- **Hiperquinesia o trastorno hiperquinético de déficit de atención:** son escolares más activos físicamente y distraídos que los demás niños, responden a los estímulos con gran dificultad, son inconstantes en su trabajo y no pueden controlar su conducta, incluso por breves periodos.

ALGO MÁS

Los alumnos que sufren trastornos emocionales o conductuales, en ocasiones figuran entre aquellos a los que es muy difícil enseñar en una clase regular, puesto que a veces son agresivos, destructivos, desobedientes, faltos de cooperación o distraídos.

Corrientes psicopedagógicas y problemas de aprendizaje

Los problemas de aprendizaje específicos a menudo implican impedimentos físicos, conductuales y emocionales. Los escolares que los sufren pueden llegar a creer que no son capaces de controlar su propio aprendizaje y por lo tanto, no tener éxito. Un enfoque adecuado en las **estrategias** de aprendizaje puede ayudarlos; no olvidemos que la escuela, junto con la familia y el entorno social próximo, son de vital importancia para el desarrollo del niño, y puesto que parte de su vida transcurre dentro de las aulas, es lógico suponer que es en el ambiente escolar donde se manifiestan problemas de diversa naturaleza, los cuales es muy posible que repercutan en el rendimiento escolar.

La evolución y desarrollo de las distintas corrientes psicopedagógicas ha hecho variar notablemente el concepto de problema de aprendizaje y sus tratamientos correctivos. Las que intervienen en el manejo de las deficiencias intelectuales durante el periodo escolarizado son: la **escuela activa** y los métodos de María Montessori; las teorías del aprendizaje de orientación **conductista**, (**condicionamiento operante**), por su utilidad para la adquisición y extinción de comportamientos; la **psicología genética constructivista** y la **pedagogía operatoria**, ambas de orientación piagetiana.

En la actualidad, la psicología maneja dos modelos explicativos de la lectura: el **top-down**, que se centra en los aspectos cognitivos de la significación del texto, y el **bottom-up**, orientado a la decodificación como acto dominante del lector; y es que durante mucho tiempo, han recibido mayor atención los problemas de la decodificación y sólo recientemente se intenta ahondar en la fase de la comprensión. Las actividades escolares de introducción al cálculo y a las matemáticas en general, se fundamentan en las aportaciones de Piaget. Son muchas las investigaciones efectuadas sobre problemas de aprendizaje que tienen un marcado enfoque cognitivo.

¿SABÍA USTED...?

La eficacia del **condicionamiento operante** radica en la adecuada administración de los refuerzos y el conocimiento objetivo de las conductas que intervienen en cada situación.

ALGO MÁS

En la educación son muy importantes los reforzadores sociales, ya que las diferencias que llegan a encontrarse en los procesos de socialización en escolares pueden ser atribuidas a los condicionamientos recibidos durante su vida.

¿SABÍA USTED...?

Los niños cuya agudeza visual no llega a 1/10, se consideran **ambliopes profundos**; los que se encuentran entre 1/10 y 3/10, se denominan **ambliopes**; los que tienen una visión de 4/10 a 7/10, se llaman **ambliopes ligeros** o **parcialmente videntes** y a partir de 8/10, la agudeza visual es considerada normal.

Deterioro visual

Consiste en una afección ocular que puede localizarse en distintas partes del ojo, o bien en una lesión en el nervio óptico o en el área occipital del cerebro, que impide que la persona vea normalmente. A quienes lo padecen los objetos pueden parecerles apagados, borrosos, fuera de foco, con manchas oscuras que flotan ante ellos o como si estuvieran cubiertos por una nube; en algunos casos, el sujeto no ve absolutamente nada. A partir de 1973 fueron divididos en dos categorías: **los ciegos y los débiles visuales**. Los primeros pueden ser educados con el uso del Braille y de dispositivos táctiles y auditivos. Los débiles visuales tienen que utilizar materiales que complementen su visión residual, como los libros de letra grande y la iluminación especial. Por fortuna, el deterioro visual sólo afecta a una pequeña porción de la población escolar.

Casi todos los sujetos con deterioro visual pueden ver; sólo una reducida proporción carece totalmente de la vista. Además, poseen sus otros sentidos y son capaces de llevar una vida normal. Los niños con este padecimiento pueden permanecer al margen de experiencias tempranas significativas si no se les permite que desplieguen toda su actividad y aprovechen al máximo sus sentidos. Es común que estas limitaciones perjudiquen el desarrollo de la formación de conceptos y del lenguaje. Las vivencias propias de la niñez y de la época preescolar son esenciales para que dicho desarrollo sea normal.

Dos de las mayores dificultades presentes en el deterioro visual consisten en establecer la posición del afectado en el ambiente (**orientación**) y su desplazamiento (**movilidad**); situaciones que varían de acuerdo al grado del deterioro visual de que se trate. Por desgracia, muchos de los niños que presentan este tipo de problema, también llegan a padecer otra clase de incapacidad. El menor con **deterioros múltiples**, por ejemplo, sordo y ciego, constituye un problema educativo singular; y si acaso estos deterioros son severos o profundos, la enseñanza tendrá

ALGO MÁS

El término ceguera se aplica tanto a los niños incapaces de percibir la luz, como a los llamados **ambliopes profundos**. Los primeros necesitarán una pedagogía enfocada a la ceguera, y los segundos una atención y educación enfocadas a la ambliopía (vista débil) y al desarrollo y funcionamiento de sus limitadas capacidades visuales.

que ser altamente individualizada, sobre todo porque se presentan en todos los niveles de gravedad y en cualquier combinación posible, acarreado una serie de desventajas específicas para el crecimiento y el desarrollo normales.

En la actualidad la gran mayoría de los débiles visuales reciben atención educativa integrados a grupos normales. Para aquellos con graves dificultades o totalmente ciegos, hay instituciones con programas especiales que se encargan de su aprendizaje.

¿SABÍA USTED...?

Casi todos los problemas visuales pueden atribuirse a malformaciones y mal funcionamiento del ojo. La mayoría de los casos de deterioro visual en niños de edad escolar son consecuencia de situaciones ocurridas durante el nacimiento o poco después.

Problemas de refracción

Miopía: el globo ocular se desarrolla muy alargado y por ello sólo se puede ver bien de cerca. Se corrige con lentes cóncavas.

Hipermetropía: existe dificultad para enfocar los objetos próximos. Se corrige con lentes convexas.

Astigmatismo: hay desigualdad en la curvatura de la córnea o del cristalino. Los rayos luminosos no forman puntos definidos en la retina sino pequeñas líneas. Se corrige con lentes convexas.

Anormalidades del cristalino

Dislocación: el cristalino se encuentra fuera de su lugar.

Cataratas: empañamiento del cristalino.

Retinopatía: formación de tejido fibroso atrás del cristalino.

Defectos de la retina

Retinitis pigmentosa: degeneración progresiva de la retina.

Retinopatía diabética: interferencia de la irrigación sanguínea en la retina.

Degeneración de la mácula: los vasos sanguíneos de la mácula, que es parte de la retina, se encuentran dañados y ocasionan la pérdida de la visión central.

Problemas de control muscular

Estrabismo: vista cruzada.

Nistagma: movimientos oculares involuntarios, rápidos, rítmicos, de un lado a otro.

Otros problemas visuales

Glaucoma: aumento de presión del líquido ocular.

Trauma: daño ocasionado por accidentes, golpes, etcétera.

Discromatopsia: incapacidad de detectar ciertos colores, como el **daltonismo** en el que no se aprecia el color rojo y se confunde con el verde.

El niño débil visual

¿SABÍA USTED...?

El ciego congénito construye estructuras e imágenes mentales diferentes a las personas que ven o han llegado a ver. Su concepción del espacio también es diferente por las dificultades que tiene para su control. El ciego parcial percibe la luz, bultos, contornos y algunos matices de color. Su conducta es distinta del congénito por disponer de un residuo visual.

La percepción visual es la facultad de reconocer y discriminar estímulos visuales, interpretándolos en asociación con otros estímulos anteriores. Si hay **distorsiones sistemáticas** en la percepción, la interpretación es errónea. El deficiente visual percibe el mundo de forma distorsionada e imprevisible.

El débil visual puede estructurar los restos de visión que posea. En este caso, la eficacia visual depende de diversos factores como la motivación, la inteligencia, la herencia y el entorno cultural, los cuales predisponen psicológicamente a la formación de imágenes y aprendizajes.

La información del deficiente visual es inferior en cantidad y calidad. Pasan desapercibidos para él muchos de los elementos del entorno o los percibe de manera alterada, lo que repercute en su memoria visual y limita su capacidad para interpretar el medio. Su vocabulario es reducido. Es necesario por ello complementar la información visual con la táctil y la verbal.

También se presenta como limitante la imitación de gestos y posturas, la cual está condicionada por la mayor o menor falta de visión, restringiendo a su vez, la cantidad y variedad de modelos a seguir. En ocasiones la pronunciación de algunos sonidos es deficiente por la mala posición de la lengua al no tener modelo de imitación.

De igual manera, el niño tendrá que aprender a compensar sus discapacidades perceptivas, ya que por lo general es tratado por padres y maestros como vidente normal y esto lo angustia al comparar sus logros con los de sus compañeros normales.

Puesto que la percepción visual interviene en casi todas las acciones que las personas ejecutan, el menor debe ser alentado con actividades que lo ayuden a recomponer sus capacidades.

ALGO MÁS

En la **baja visión**, la persona ve objetos a pocos centímetros. Debe combinar el sistema táctil con su residuo visual para optimizar sus potencialidades. Los **limitados visuales** precisan de una iluminación y presentación más adecuada de objetos y materiales. Deben utilizar lentes, aparatos especiales y amplificaciones.

La percepción visual y el aprendizaje

Son cinco los aspectos de la percepción visual que influyen directamente en la capacidad de aprendizaje del niño:

• Coordinación visomotriz

Es la capacidad de coordinar la visión con el movimiento del cuerpo o de sus partes: al coger cualquier cosa, la vista guía a las manos; al correr y saltar, la vista guía los movimientos de los pies. Una mala coordinación dificulta el dominio espacial, tanto en los movimientos corporales como en la ejecución de trazos. Para que el niño adquiriera una buena coordinación visomotriz, previamente deberá poseer el dominio de su esquema corporal, lo cual se dificulta si padece algún deterioro visual.

• Percepción figura-fondo

Consiste en la capacidad de seleccionar correctamente los estímulos que nos interesan e ignorar aquellos que carecen de importancia: la figura debe destacar y convertirse en el centro de la atención. El niño con poca percepción figura-fondo es desorganizado, desatento, descuidado en sus trabajos, omite partes, es incapaz de seleccionar detalles importantes o encontrar una sección determinada en un texto, tiene dificultad para descartar los estímulos que no le interesan y se distrae fácilmente.

• Constancia perceptual

Se refiere a la posibilidad de percibir que un objeto tiene propiedades invariables (forma, posición y tamaño específicos) aunque la imagen se presente desde ángulos, distancias, colores o tamaños diferentes. Una buena constancia perceptual favorece la capacidad de generalizar, característica que a menudo no presentan los débiles visuales.

¿SABÍA USTED...?

De acuerdo con el deterioro visual, el plan de estudios puede abarcar el uso del Braille, el empleo de libros narrados, textos en letra ampliada, los libros condensados, materiales en relieve y otros recursos tecnológicos.

ALGO MÁS

Casi todos los métodos que han resultado eficaces con alumnos de vista normal también lo son con los de vista deficiente. La diferencia está en que las exposiciones con apoyos visuales deben adaptarse o modificarse para utilizar los canales sensoriales auditivos o táctiles.

¿SABÍA USTED...?

Algunas de las actividades recomendables para el desarrollo de las facultades de percepción visual, son las siguientes:

• **Coordinación**

visomotriz: pintar, recortar, trazar, colorear, enganchar, enhebrar, hacer construcciones, utilizar tuercas y tornillos, abotonar y desabotonar, atar y desatar, abrir y cerrar cierres, llevar objetos, verter líquidos, poner y quitar la mesa, subir persianas, abrir y cerrar cortinas, limpiar botes de pintura.

• **Percepción figura-fondo:**

identificar en la realidad, casas, árboles, autos, faroles, plantas, señalando uno en particular; y seleccionar figuras dentro de ilustraciones.

• **Constancia perceptual:**

reconocimiento de figuras representadas en ilustraciones, correspondencia entre dibujos esquemáticos (cuadrado, círculo) y la forma de diversos objetos (televisión, rueda), selección de objetos dibujados representando los conceptos cerca, lejos, grande, pequeño.

• **Percepción de posición en el espacio:** ejercicios de direccionalidad y percepción de formas invertidas y rotaciones de figuras.

• **Percepción de las relaciones espaciales:** ejercicios de identificación de la posición de diversos objetos, ya en la realidad o bien, representados en ilustraciones.

• **Percepción de posición en el espacio**

El observador es, espacialmente, el centro del propio mundo. Los objetos están delante, detrás, arriba, abajo, al lado o enfrente de él. En cambio, el débil visual tiene su mundo deformado, distorsionado. Le es difícil ver los objetos o símbolos escritos en relación correcta consigo mismo y esto lo confunde.

• **Percepción de las relaciones espaciales**

Se entiende como la capacidad de percibir la posición de dos o más objetos en relación a uno mismo, y de unos objetos respecto a otros. Este aspecto es una consecuencia del anterior y ofrece las mismas dificultades para los débiles visuales.

RECOMENDACIONES

- Es importante ubicar a los alumnos en lugares que les permitan aprovechar al máximo la visión residual que posean y donde no existan reflejos solares ni de iluminación que los deslumbren.
- Se debe reducir al mínimo el uso de materiales visuales, o en su caso tendrán que describirse por completo.
- No se debe hablar rápido cuando haya alumnos tomando notas en Braille.
- Se debe evitar el empleo de materiales de poco contraste.
- Es recomendable permitir el descanso a los escolares con deterioro visual, ya que sus ojos se fatigan más rápidamente que los de vista normal.
- Si se utilizan materiales escritos, prefiera los de tamaño grande, inscritos con marcadores gruesos que contrasten con el color del papel.
- Se debe sugerir al escolar con deficiencia visual que grabe las lecciones.

Deterioro auditivo

El deterioro auditivo consiste en una incapacidad para la audición cuya gravedad puede oscilar entre leve y profunda. Como en el caso del deterioro visual, comprende dos grupos: el de los sordos o **acúsicos**, cuya incapacidad no les permite procesar satisfactoriamente la información lingüística y la relacionada con los sonidos ambientales (aunque utilicen prótesis auditiva) y el de las personas con problemas auditivos o **hipoacúsicos**, que gracias al uso de un aparato de sordera y por poseer suficiente audición residual, pueden procesar la información que reciben.

Uno de los problemas que comúnmente se presenta en relación con este tipo de trastorno es el retraso en su detección. Existen en nuestras escuelas muchos niños afectados por **sorderas medias y ligeras** que no siguen ningún tratamiento específico. Al respecto, las observaciones del maestro son muy valiosas. La conducta de esos escolares que se muestran inestables, desatentos, que no siguen de forma continuada las actividades de la clase, que no terminan sus trabajos o que presentan un notorio retraso en el lenguaje, puede tener su origen en un déficit auditivo que les exige un mayor esfuerzo para comprender lo que se habla en el aula.

Es esencial que se detecte tempranamente a los niños con este padecimiento, a fin de que se les empiece a entrenar en audición y habla antes de que su escaso contacto con el lenguaje provoque una pérdida más grave. Si un niño recibe más experiencias auditivas y lingüísticas concretas, se enriquecerá su caudal de información y mejorará su desarrollo intelectual y social. Para esto es muy importante la participación y el apoyo de los padres.

Los niños con deterioro auditivo requieren de actividades que favorezcan su desarrollo conceptual, tales como las comparaciones de tamaños, formas y colores de objetos, cuya utilidad consiste en aumentar sus probabilidades de tener experiencias variadas y novedosas que permitan el

¿SABÍA USTED...?

Algunas de las sorderas en los niños de deben a factores hereditarios, lo cual se explica por la alta incidencia de matrimonios entre personas con este pedecimeinto.

ALGO MÁS

Existen muchas otras causas que pueden acarrear sordera: el exceso de cerilla o cerumen (secreción grasa del interior de los oídos) y la introducción de objetos pequeños, provocan el deterioro del conducto auditivo; la otitis media (inflamación del oído medio) y las infecciones repetidas en esta parte, lesionan la membrana timpánica disminuyendo sus propiedades vibratorias e incluso llegan a destruir los huesecillos de la caja timpánica; la rubéola, contraída durante los tres primeros meses del embarazo, frecuentemente provoca que el bebé presente pérdida auditiva sensorioneural; las infecciones virales respiratorias en los niños, el empleo de algunos antibióticos, la exposición excesiva a ruidos fuertes, las infecciones virales en la madre embarazada y la incompatibilidad de Rh, ocasionan serios transtornos auditivos.

¿SABÍA USTED...?

El deterioro auditivo en el oído externo o medio, aunque esta sección no funcione en lo absoluto, permite en mayor o menor grado, la utilización de la audición residual; en tanto que el deterioro ocasionado por la pérdida del oído interno o de las funciones nerviosas o sensorineurales, puede ser un tipo más grave e irreversible de pérdida auditiva.

desarrollo del pensamiento **divergente** y la evaluación, áreas de la inteligencia que se ven más afectadas por estos trastornos.

Otro aspecto a considerar es el hecho de que estos niños no pueden comunicar con facilidad sus sentimientos de aislamiento, rechazo y frustración; por eso se deben aumentar sus contactos con los demás para ayudar a que forjen sanas relaciones sociales interpersonales, donde se establezca una adecuada comunicación; pues en gran medida sus logros particulares y sociales dependen de que las demás personas, como individuos y sociedad, acepten sus diferencias.

Sería incorrecto afirmar que los niños con deterioro auditivo son iguales a los demás. Esto no es así. Es más, un deterioro auditivo puede dar lugar a problemas de la percepción, del habla, de la comunicación, cognoscitivos, sociales, emocionales, de aprendizaje, intelectuales y vocacionales. Por otro lado, a veces son juzgados equivocadamente como retrasados mentales, por las conductas que manifiestan, tales como el no responder al llamarlos, no reaccionar ante ruidos muy fuertes, emitir vocalizaciones extrañas y presentar dificultades de equilibrio, entre otras.

ALGO MÁS

Aun los que están clasificados con deterioro auditivo profundo pueden poseer alguna capacidad para oír (hipoacúsicos). Obviamente, tendrán mayores probabilidades los que presenten deterioros auditivos considerados como leves, moderados o severos. Son relativamente pocos los niños denominados acúsicos, cuya incapacidad para la audición es absoluta. Además, los niños con cualquier grado de deterioro auditivo son capaces de aprender a comunicarse. Mediante el uso de aparatos de amplificación y entrenamiento auditivo aprovechan su escasa capacidad para desarrollar un lenguaje hablado. Otros, cuenten o no con audición residual, llegan a leer los labios y a generar ciertas habilidades del habla. Si bien es cierto que el lenguaje receptivo precede al expresivo y que los niños pequeños con sordera profunda al no poder recibir el lenguaje por medio del oído, están imposibilitados para expresarlo, pueden llegar a hablar, aunque es poco probable que lo hagan de manera inteligible.

Los trastornos auditivos y el aprendizaje

Hasta el momento ningún estudio realizado ha puesto de manifiesto que el niño sordo construya los conocimientos de manera distinta a como lo hace el oyente. Sin embargo, su desarrollo se ve afectado por múltiples factores. Algunos especialistas consideran que existe una repercusión directa del **déficit lingüístico** en el desarrollo intelectual. Otros, asumen que el retraso que presenta se debe a una falta de estímulos y de experiencia social.

Un niño con incapacidad auditiva tiene dificultad para seguir las conversaciones de los demás. La radio y parcialmente la televisión le son vedadas, la información que recibe es reducida y además están las presiones ejercidas por quienes le rodean y que le exigen corrección en su expresión. ¿Cómo ayudarlo? Estableciendo relaciones menos rígidas, donde pueda argumentar y en las que se vea obligado a tener en cuenta los puntos de vista de los demás, aunque su expresión lingüística no sea correcta. Esto seguramente desarrollará su capacidad para comprender distintas perspectivas con mayor rapidez. De la misma forma, las informaciones expresadas en formas lingüísticas difíciles de entender por el niño, deben ir acompañadas de complementos visuales y experienciales facilitando su progreso en la elaboración de conceptos.

Los progresos de la expresión oral están ligados con su comprensión del lenguaje oral, sus capacidades de lectura labial y las condiciones favorables que ofrecen sus interlocutores oyentes para hacerse comprender; es por ello que es muy recomendable que tanto maestros como padres conozcan las limitaciones de la sordera y la manera más efectiva de comunicarse con el niño.

Debe existir una interrelación constante entre la educación auditiva, la lectura labial y la emisión oral del niño. Es importante en cada caso y en cada momento establecer

¿SABÍA USTED...?

Los padres y los maestros pueden sospechar de la existencia de una deficiencia auditiva, pero es el **audiólogo** quien se encarga de comprobarlo.

ALGO MÁS

Hay tres tipos generales de exámenes del oído:

- **Audiometría tonal.** Evalúa la sensibilidad auditiva (**sonoridad**) del niño a diferentes frecuencias. La intensidad del sonido se mide en decibeles y la frecuencia en hertz. Los exámenes pueden aplicarse con audífonos o con un dispositivo vibratorio colocado en la frente. Con esto, el audiólogo determinará si el problema es conductivo (oídos externo o medio) o sensorineural (oído interno).
- **Audiometría de la voz.** Averigua hasta qué nivel el niño es capaz de comprender lo que se dice (umbral de recepción del habla).
- **Pruebas especiales.** Se aplican en niños muy pequeños. Las técnicas comúnmente utilizadas son la audiometría de juego, la audiometría refleja y la audiometría de respuesta provocada.

¿SABÍA USTED...?

El niño con deterioro auditivo puede tener un mayor acceso a la información ambiental con el uso del aparato de sordera, que es un dispositivo que se encarga de amplificar los sonidos del exterior. Otro sistema muy difundido es el **alfabeto manual**, que contiene señales expresadas por los dedos para cada letra del alfabeto y los números del 1 al 10.

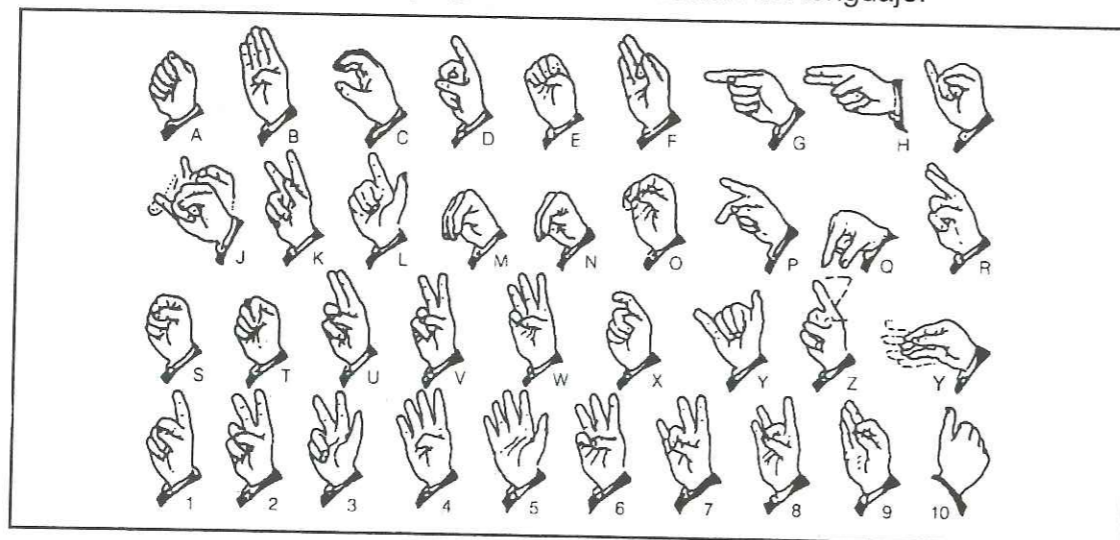
un vínculo entre las necesidades comunicativas del niño y la motivación de la utilización del lenguaje oral apoyado con gestos para su mayor enriquecimiento.

Asimismo, es necesario que el niño aplique sus capacidades lógicas para el dominio de las reglas del lenguaje, diferenciando, por ejemplo, palabras que representan seres y objetos, de las que representan acciones. También se debe tener en cuenta que las situaciones de aprendizaje deben ser placenteras, estimulando al niño a entender y ser comprendido. Las más propicias son el juego simbólico, la lectura de cuentos de imágenes y las actividades de expresión corporal.

Por último, no hay que olvidar la conveniencia de que las palabras estén en un contexto lingüístico correcto, dentro de oraciones simples, pero usuales y adecuadas.

Si bien los avances realizados en el conocimiento del niño con deterioro auditivo son alentadores, queda mucho por hacer, sobre todo en el renglón de la lengua escrita. Se hace necesaria una revisión de los programas educativos para los niños sordos y sus metodologías buscando su optimización, lo mismo que la adecuación y control regular de las prótesis auditivas o aparatos de sordera, para que se empleen de manera coordinada con la evaluación de los programas de educación del lenguaje.

Alfabeto manual



El lenguaje oral y el niño sordo

Son tres los tipos de actividades básicas precursoras del lenguaje oral: la **ejercitación fonética** (sonido de las letras) y la adquisición de las características del habla, las **bases comunicativas** del lenguaje oral y los **prerrequisitos simbólicos** del mismo. El bebé sordo desarrolla los tres tipos de manera distinta a como lo hace el oyente. Las actividades más claramente afectadas son las de ejercitación de los sonidos del habla. A los seis meses, el bebé deja de emitir nuevos sonidos y no imita algunos aspectos de entonación del habla del entorno. Si no se le proporciona una estimulación adecuada, el abismo sordo-oyente será cada vez más grande.

Durante el primer año de vida es muy importante la intervención del especialista en trastornos de la audición y del lenguaje. En primer lugar tendrá que completar el diagnóstico inicial realizado por el audiólogo para determinar el tipo de prótesis auditiva que se requerirá, cuya oportuna aplicación junto con una adecuada estimulación temprana ayudarán a que el niño no interrumpa sus **oralizaciones**, adquiriendo los **fonemas** y elementos **prosódicos** del habla.

El estímulo para utilizar la voz se fundamenta en estar consciente de las vibraciones propias que produce y del efecto que causa en el entorno. Comprender la funcionalidad comunicativa de las emisiones orales y la verificación de los efectos que producen en sus interlocutores (aprendiendo a leer sus respuestas verbales y no verbales) son las bases del lenguaje oral en el niño sordo.

En los casos de sordera profunda y severa, la prótesis auditiva (aparato de sordera), aunque de gran ayuda, no permite al niño afectado el acceso al mundo sonoro y al universo de sus significados. La percepción multisensorial, vibrátil, táctil y visual compensará la información no recibida auditivamente.

¿SABÍA USTED...?

Las sorderas pueden ser:

- **Sorderas de transmisión.** Se localizan en el oído medio y en la mayoría de los casos tienen solución médica. Son de tipo ligero, generalmente.
- **Sorderas de percepción.** La alteración afecta al oído interno o a los mecanismos de conducción nerviosa y de integración del mensaje auditivo. No tienen solución quirúrgica aún. Si se presentan antes de la aparición del lenguaje originan la **sordomudez**.

ALGO MÁS

- **Sordera congénita.** Puede ser **emeriopatía** (afección durante el desarrollo del embrión), **fetopatía** (afecta al feto después del tercer mes) o **constitucional** (programada en el sistema genético).
- **Sordera adquirida.** El individuo se queda sordo por enfermedad o accidente.

Inestabilidad psicomotriz

¿SABÍA USTED...?

El niño inestable se mueve constantemente, lo toca y lo coge todo sin interesarse por algo concreto. Su actividad es desordenada y su atención se dispersa con gran facilidad. Se muestra incapaz de un esfuerzo constante ante situaciones que exigen control y organización. Es terco sin agresividad y fácilmente influenciable. Emocionalmente es irregular y su humor va desde la alegría tensa a la depresión del aburrimiento. Sus relaciones con los demás a menudo se tornan difíciles.

ALGO MÁS

El niño inestable es brusco, tan indisciplinado ante el orden establecido, que rechaza toda regla social o conductual que propongan los adultos. Generalmente tiene un nivel de inteligencia próximo a lo normal y por ello sus padres se extrañan de su bajo nivel de aprovechamiento. Si se le deja sin atención, se convertirá en el adolescente inestable, igualmente problemático en la vida escolar por su bajo rendimiento y por sus dificultades de adaptación.

Consiste en una incapacidad del niño para **inhibir** o detener sus movimientos y su emotividad, más allá del periodo normal de **oposición** o inconformidad por alguna situación.

Asume dos formas: una en la que predominan los trastornos motores, particularmente la hiperactividad y los defectos de coordinación motriz; y otra, donde se muestra con retraso afectivo y modificaciones de la expresión psicomotriz.

En ambas aparecen trastornos perceptivos del lenguaje (lecto-escritura alterada), problemas emocionales y del carácter, y las dos se manifiestan por la vía psicomotriz.

El niño inestable presenta características psicomotrices propias en las que destaca visiblemente su constante y desordenada agitación. Es impulsivo para actuar y esto le crea dificultades en la coordinación y eficiencia motriz. A estos problemas suelen agregarse diversas alteraciones como tics, sincinesias, tartamudeos y otros problemas del lenguaje.

Desde el punto de vista psicológico es notable su gran dispersión y su inestabilidad emocional, las cuales pueden ser causadas por alteraciones de la organización de la personalidad en su edad temprana, así como la influencia de un medio sociofamiliar inseguro o desequilibrado. Esto lo convierte en el escolar problemático y mal adaptado. Su constante dispersión e hiperactividad no le permiten un interés verdadero por las tareas escolares, obteniendo bajos rendimientos que alimentan su desinterés y su rechazo por los aprendizajes.

La reeducación psicomotriz está indicada especialmente para tratar la inestabilidad psicomotriz, teniendo en cuenta las características particulares de cada caso y desde luego, dentro de un marco de atención y sensibilización del entorno familiar y escolar.

Paratonía

Se le conoce también como **debilidad motriz** y se manifiesta por la dificultad de mover voluntariamente un músculo o un grupo de músculos. Afecta los aspectos psíquico, motor, sensorial y afectivo del niño, y muchas veces está presente en los débiles mentales.

Otras manifestaciones siempre asociadas con este trastorno, son las sincinesias persistentes, los tics, el tartamudeo y el **corea**, que consiste en movimientos breves y arrítmicos de las extremidades, tronco, cuello o cara.

El principal rasgo del **niño paratónico** es la pobreza de movimientos y cuando llega a haberlos, éstos son discontinuos. Lentitud, mala coordinación y torpeza ocupan un primer plano.

Un paratónico da la impresión de que tuviera a la vez dos dificultades: la de mover su cuerpo y la de frenar sus movimientos involuntarios como si el movimiento corporal no secundara su intención de desplazarse.

La paratonía es un estado de insuficiencia de las funciones motrices debido a un **retraso o detención** en su desarrollo. Por ello, la reeducación debe efectuarse en todos los campos de la realización motora y corresponde al **psicomotricista**, como técnico de la reeducación y del tratamiento psicomotor, realizar un examen objetivo del estado del paciente e iniciar su tratamiento.

La reeducación psicomotriz, utilizando la vía corporal como técnica de tratamiento, tiene como propósito hacer del niño afectado un ser comunicativo, creativo y capaz de controlar sus movimientos, empleando para esto los mismos elementos que componen su expresión psicomotriz, los cuales se refieren a las funciones del movimiento corporal que son procesadas psíquicamente, lo que nos recuerda la importancia del desarrollo psicomotor, ya que permite la adaptación del niño al mundo que lo rodea.

¿SABÍA USTED...?

La psicomotricidad se contempla desde dos puntos de vista: el **neuroológico**, con sus sistemas reguladores del movimiento voluntario, de la actividad automatizada y del equilibrio interno, y el **psicológico**, que considera al movimiento como relación y comunicación con los demás seres humanos al permitir el contacto, la acomodación al mundo exterior y el poder actuar en el medio ambiente.

ALGO MÁS

El desarrollo psicomotor está relacionado con la maduración global y los desarrollos afectivo, cognoscitivo y psicosocial; de hecho, representa la historia de la persona como unidad **psicosomática**. Se distinguen tres etapas en su evolución: la psicomotricidad de la primera infancia, de 0 a 3 años; la percepción del propio cuerpo, de 3 a 7 años; y la representación y conocimiento del propio cuerpo, de 7 a 12 años.

Zurdería contrariada y ambidextrismo

¿SABÍA USTED...?

Cuando la educación **contraria** la zurdería (zurdería contrariada) puede provocar trastornos tales como sincinesias, tics, calambres, tartamudez, dislexias, disortografías, retardos en la madurez psicosenesiva motriz, entre otros más.

ALGO MÁS

A partir de su propio cuerpo, el niño organiza los ejes de referencia para su orientación espacial: el tronco y la piernas materializan la vertical; los brazos extendidos, la horizontal. Con estos ejes se orienta la derecha y la izquierda, delante y detrás. El niño entre 6 y 7 años ha logrado identificar al eje **corporal** como la línea imaginaria que divide al cuerpo en dos partes simétricas y ha adquirido la definitiva lateralización, con el consiguiente predominio lateral: diestro o zurdo. Si la lateralidad está poco definida, se debe ayudar al niño a lateralizarse claramente. Si la dominancia es indecisa o levemente zurda, conviene dar educación al **dextrismo**. Si es claramente zurda, hay que alentar la **zurdería**, disipando en el niño cualquier sentimiento de inferioridad.

Los trastornos psicomotores también se manifiestan como déficits de la orientación de la estructuración espacio-temporal; su origen se localiza en alteraciones de la lateralización o en la incapacidad del niño para situarse en el terreno de las representaciones espaciales.

La **zurdería contrariada** y el **ambidextrismo** son los trastornos que se observan con más frecuencia en los niños, y son causa de alteraciones en la estructuración espacial y de problemas de la escritura, lectura y dictado; a veces se asocian con reacciones de fracaso, oposición y fobia a la escuela.

Es muy importante que se tome en cuenta que la zurdería o zurdera **espontánea** no es ningún trastorno; simplemente es una manifestación del predominio funcional del hemisferio cerebral derecho sobre el izquierdo, que conlleva la tendencia a utilizar toda o parte de la mitad izquierda del cuerpo para realizar los movimientos y los gestos automáticos y voluntarios.

La zurdería se convierte en un **problema de aprendizaje** cuando es **contrariada** por la actitud de imponer al niño el uso de la mano derecha, lo que le provoca una serie de trastornos.

El ambidextrismo consiste en el empleo idéntico de ambos lados del cuerpo en la vida cotidiana. Se presenta rara vez y se considera como un estado transitorio, causado algunas veces por una zurdería contrariada. Mientras persiste, origina trastornos en la orientación espacio-temporal y en la función simbólica. Puede llegar a convertirse en un serio obstáculo para la lecto-escritura.

El psicomotricista deberá determinar la dominancia lateral y aplicar las pruebas de orientación derecha-izquierda para luego proceder a la reeducación en los casos que así lo requieran.

Los tics

Los tics son un trastorno psicomotor, generalmente sin una causa neurológica. Influyen en la personalidad del niño y se localizan en distintas partes del cuerpo. En ocasiones llegan a transformarse, desplazarse o multiplicarse en una misma persona. Consisten en actos involuntarios, repentinos y aparentemente absurdos. Pueden acentuarse o disminuir, según el contexto emocional del sujeto.

Sus causas no son muy claras, ya que no puede atribuírseles un carácter lesional. Posiblemente representan la mínima expresión de un conflicto en el niño. Otra teoría señala que se deben a la existencia de un déficit motor.

Lo que más interesa es que la personalidad del menor con tics puede asumir dos facetas: un tipo de niño bien adaptado, con rendimiento escolar satisfactorio, ansioso, excesivamente infantil y con una conducta similar a la de un **neurópata**; y otro tipo de escolar, inestable, distraído, extrovertido, inadaptado y cuya conducta es una mezcla de turbulencia, sentimiento de contrariedad, agresividad y temor. Entre los dos polos, pueden existir muchas formas intermedias.

Su medio familiar suele ser tenso y lleno de ansiedades con hábitos perfeccionistas. Se caracteriza por ser un ambiente francamente contradictorio, entre un consentimiento excesivo en unos casos y una situación represiva, en otros. Generalmente la familia tiende a reprimir los tics, creando en el niño un sentimiento de culpa.

En conclusión, el tic es la expresión psicomotriz de una dificultad de tipo afectivo y postural. Es el reflejo de las dificultades del niño en su relación con el medio y de la fragilidad de su control muscular-emocional.

Lo más indicado para su atención es un tratamiento psicomotor a través del trabajo sobre el reconocimiento del cuerpo y la integración del esquema corporal. En el adolescente son útiles las técnicas de relajación.

¿SABÍA USTED...?

Los tics pueden ser: faciales, de la cabeza y del cuello, del tronco y de los miembros, respiratorios, fonatorios y verbales, y hasta digestivos.

ALGO MÁS

El **balance psicomotor** es el procedimiento técnico adecuado para determinar el nivel del desarrollo psicomotor del niño, así como para detectar posibles trastornos y dificultades en esta área. Sus elementos son los siguientes:

- **La observación espontánea.** En el niño el juego espontáneo y las actividades lúdicas más o menos sugeridas, son indicadores de sus posibilidades psicomotrices, estilo motor y calidad de su relación.
- **El protocolo.** Consiste en la presentación y aplicación de las pruebas.
- **El perfil psicomotor.** Es la reproducción gráfica de los resultados que el niño ha obtenido en las diferentes pruebas.

Las apraxias

¿SABÍA USTED...?

Las apraxias afectan especialmente al aprendizaje de la **escritura** y de la **geometría**. Ambos aspectos sólo pueden manejarse a partir de un cierto grado de organización de la motricidad, lo cual supone una fina coordinación de movimientos y un desarrollo espacial.

Por lo que toca a las **dispraxias**, la deficiente organización motriz dentro de un espacio orientado, altera las primeras relaciones con los objetos y ocasiona una mala organización del esquema corporal, la que llega a afectar la misma estructura de la personalidad.

ALGO MÁS

La reeducación psicomotriz no tiene como finalidad la readaptación funcional de una parte del organismo, sino que ofrece al niño la posibilidad de sentirse mejor y poder vivir placenteramente su cuerpo. Todo tratamiento psicomotor favorece la apropiación, conocimiento y uso de su propio cuerpo, desarrolla también la capacidad de adaptación al mundo ayudándolo a superar los obstáculos que dificultan su acceso a la autonomía personal.

Son trastornos de la eficiencia motriz que incapacitan al niño para realizar determinados movimientos o ciertos gestos. Piaget define la **praxia** como un sistema de movimientos coordinados en función de un resultado o de una intención; por lo tanto, cuando existe la imposibilidad de la concepción del movimiento o de la ejecución del mismo, sobreviene la **apraxia**.

Se presenta una apraxia cuando los movimientos del niño son lentos y mal coordinados; también, si no puede reproducir figuras gráficamente o con el gesto y cuando hay una desorganización del esquema corporal al perder los puntos de referencia (arriba, abajo, izquierda, derecha). En este último caso, aparecen la dificultad de imitar gestos simples o complejos y el desconocimiento de las partes de su cuerpo.

En ocasiones, las apraxias afectan a una parte del cuerpo o una determinada función de la actividad gestual. Puede haber apraxias faciales, posturales, verbales.

Dentro de estos trastornos se pueden incluir las **dispraxias**, que se refieren concretamente a una falta de organización del movimiento. Hay dos tipos de niños dispráxicos: aquellos en los que la dispraxia se debe a déficits motores o a **agnosias visuales**, y aquellos en los que este tipo de trastorno está provocado por alteraciones graves de la organización psíquica.

Otros problemas que llegan a presentarse son las **sincinesias**, que consisten en movimientos simétricos asociados. Un movimiento voluntario (mover una mano) trae como consecuencia otro movimiento involuntario (la otra mano realiza el mismo movimiento).

Las sincinesias son normales hasta los 10 o 12 años; después deberán desaparecer poco a poco, o se requerirá del auxilio del psicomotricista.

Asomatognosia y agnosia digital

La **asomatognosia** es la incapacidad del niño para reconocer y nombrar alguna de las partes que forman su cuerpo. Por lo común se presenta asociada a perturbaciones del modelo postural que informa de la posición espacial del cuerpo y de cada una de sus partes.

Se considera que son dos las causas que originan este trastorno: alguna lesión cerebral confusa, con las consecuentes alteraciones sensoriales, o la presencia de perturbaciones mentales y psíquicas más globales.

La **agnosia digital**, que consiste en la incapacidad de reconocer, mostrar y nombrar los distintos dedos de la mano propia o de otra persona, es el caso más frecuente de asomatognosia en los niños.

Suele ir acompañada de otras dificultades como la indiscriminación derecha-izquierda, trastornos de la lecto-escritura y del cálculo, errores de orientación en el dibujo, y escritura en espejo (las letras y las palabras se siguen de derecha a izquierda).

Tanto la asomatognosia como su derivación la agnosia digital, son relativamente raras, pero corresponden a trastornos específicos del esquema corporal, con repercusiones en la organización del conocimiento, en la representación mental del propio cuerpo, en la orientación en éste y en el espacio exterior y en la utilización del mismo en la relación con el entorno.

Las causas pueden atribuirse a fallas ocurridas en las primeras relaciones **tónico-emocionales** del niño en una etapa en la que el cuerpo es el lugar de las emociones y el medio de comunicación con otras personas y con el mundo de las vivencias y significaciones. El psicomotricista tendrá que diseñar un programa de reeducación para corregir esta alteración.

¿SABÍA USTED...?

Los trastornos del esquema corporal en el niño revelan una dificultad más global para poder reconocerse y aceptarse a sí mismo y asumir su propia autonomía. También dan a conocer ciertas anomalías en la organización de su personalidad que dificultan su integración y adaptación a la realidad social y material.

ALGO MÁS

El punto de partida para que el niño se oriente en el tiempo y en el espacio, es la orientación en su propio cuerpo, la que logra con una adecuada integración del esquema corporal. Su cuerpo es el lugar de referencia a partir del cual organiza todo su universo. El psicomotricista debe analizar cuidadosamente toda la organización corporal a fin de diseñar un programa de reeducación con grandes probabilidades de éxito.

Retraso mental

¿SABÍA USTED...?

Sin que importe la gravedad del retraso, se puede ayudar a que el niño desarrolle nuevas habilidades. Claro que debe tenerse en cuenta que es poco probable que progrese o se desarrolle intelectualmente sin ayuda especial. Con intervención especializada se pueden modificar conductas indeseables y enseñar otras más adecuadas. Mientras más tempranamente se actúe, existen mayores posibilidades de mejoría. La gran mayoría de los casos se dan durante el periodo escolar; la razón es muy sencilla: durante esta etapa las limitaciones impuestas por la educación formal para las desviaciones del comportamiento, permiten identificar fácilmente a los que sufren estos trastornos.

ALGO MÁS

Los objetivos de aprendizaje para niños con retraso leve de 9 a 13 años de edad incluyen lectura, escritura, aritmética, aprendizaje acerca del entorno local, conducta e intereses personales.

Tomando en cuenta los rangos establecidos y las características que presentan los afectados por este trastorno, se puede pronosticar que los niños con **retraso mental leve** serán **educables** y desarrollarán la mitad o las tres cuartas partes de lo esperado en un niño normal. Se beneficiarán en muchos aspectos con el estudio académico tradicional y cuando sean adultos podrán vivir en forma independiente, obtener empleo y tener capacidad lectora y habilidades de escritura funcionales.

Los afectados con **retraso mental moderado** son **entrenables** y desarrollan de una tercera parte a la mitad de lo que se espera en el niño normal. No requieren cuidado o atención custodial, pero sí una supervisión continua y respaldo económico. Su capacidad les permitirá autoayudarse en ambientes protegidos y aprender a leer algunas palabras.

Quienes sufren de **retraso mental severo y profundo** cuando más desarrollarán una tercera parte de lo esperado en el niño normal. Su dependencia económica será total, salvo en casos excepcionales. Pueden tener déficit para darse cuenta de lo que sucede, en la postura y en la adaptación social. Sólo algunos tendrán habilidades mínimas para vestirse y alimentarse.

El retraso mental es la expresión sintomática de una enfermedad neurológica que generalmente estuvo activa durante el tiempo de la **gestación** o el **periodo perinatal**, o incluso, aunque menos frecuentemente, durante la niñez. Su proceso patológico, sobre todo en el retraso mental severo y profundo, afecta al sistema nervioso, no sólo en las funciones cognitivas y conductuales, sino también produciendo trastornos motores, del habla y del lenguaje, convulsiones y dificultades sensorio-perceptivas.

Este trastorno ha sido definido como un funcionamiento intelectual significativamente inferior que el promedio, que

existe en forma concurrente en limitaciones relacionadas con dos o más de las siguientes áreas de las habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, uso comunitario, autodirección, salud y seguridad, áreas académicas funcionales, recreación y trabajo. Más concretamente se puede precisar como una conducta intelectual y de adaptación social considerablemente menor al promedio, evidente antes de los 18 años.

El retraso mental puede deberse a múltiples factores; entre los más comunes se encuentran los que actúan sobre el **desarrollo embrionario**, como las infecciones intrauterinas: rubéola, virus citomegálico, toxoplasmosis, sífilis; la exposición de la madre a la radiación, alcoholismo materno, drogadicción e ingestión de diversos fármacos, exposición materna a sustancias tóxicas como plomo y mercurio, problemas metabólicos endocrinos de la madre, como la diabetes y la disfunción tiroidea.

Dentro de las causas genéticas se encuentran las anomalías cromosómicas, como la trisomía 21 (mongolismo) y el cromosoma X frágil; los factores hereditarios, metabopatías y esclerosis tuberosa.

El **síndrome de Down**, es originado por la presencia de un cromosoma extra, y al parecer no es hereditario; los niños con síndrome de Down varían en inteligencia desde un retraso muy severo hasta ser casi normales.

En el **periodo perinatal**, los factores que afectan al feto durante los dos últimos trimestres o al recién nacido pueden ser la desnutrición fetal, la prematuridad, la encefalopatía hipóxico-isquémica, la hemorragia intracraneal y el trauma obstétrico. En el **postnatal**, las causas se localizan en infecciones como la encefalitis y la meningitis, los traumas craneo-encefálicos, las intoxicaciones por plomo, el paro respiratorio y la hipoxia o ahogamiento por inmersión.

El niño con retraso mental presenta con mayor frecuencia trastornos de conducta, que los observados en los demás

¿SABÍA USTED...?

Cuando se presenta un caso donde el niño manifiesta retardo en el desarrollo motor, en la adquisición y desarrollo del lenguaje o dificultades en el rendimiento escolar, el médico debe evaluar el síntoma clínico **independientemente** de la causa, para definir si el retraso en el desarrollo motor es una manifestación de un déficit mental, de un trastorno motor primario o de una patología sistémica crónica; para determinar si el retraso en la adquisición y desarrollo del lenguaje se debe a retraso mental, sordera, disfasia del desarrollo o autismo infantil; y para identificar si las dificultades del desenvolvimiento escolar se deben realmente a retraso mental o son manifestaciones de trastornos específicos del aprendizaje como la dislexia, trastorno de la atención, trastornos conductuales o el producto de una disfunción familiar.

ALGO MÁS

Posteriormente, la enseñanza se centra en las habilidades vocacionales y domésticas, la aplicación de la lectura en directorios telefónicos, señales, etiquetas y anuncios de periódico; la comprensión de la lectura y la aplicación de la escritura en el llenado y presentación de solicitudes de empleo; la cortesía, puntualidad, el cuidado personal y de la salud y las aptitudes cívicas.

niños. Tiene dificultades en la atención, hiperactividad, impulsividad, conductas obsesivas, reacciones explosivas, actividades motoras repetitivas, estereotipadas y sin objetivo definido, juegos estereotipados y búsqueda inusual de experiencias sensoriales.

El manejo terapéutico integral debe cubrir varios aspectos: el **consejo genético** se utiliza en algunas patologías; el **tratamiento médico o quirúrgico** específico se emplea en la hidrocefalia y en la fenilcetonuria; para el control de crisis convulsivas, trastornos de la atención e hiperactividad, reacciones depresivas, trastornos del sueño enuresis (emisión involuntaria de orina), trastornos de conducta, reacciones psicóticas y otra sintomatología relacionada, se emplea un **tratamiento farmacológico**.

Las técnicas **habilitatorias** para el desarrollo de conductas de adaptación e integración al ambiente, como las de comunicación verbal oral y escrita, de actividades diarias de la vida, de socialización y de destrezas motoras y finas, así como la **psicoterapia**, aplicada en la modificación de conductas anormales, completan el manejo terapéutico que debe llevarse a cabo en la atención del retraso mental.

ALGO MÁS

De acuerdo a los rangos o grados de retraso, las características de los individuos con retraso mental son las siguientes:

- **Leve.** Preescolar: desarrolla aptitudes sociales y comunicativas; el retraso sensoriomotriz es mínimo. Escolar: posiblemente llegará al 6º grado con un retraso de 3 años; presenta conformidad social y aceptación. Puede ser educado.
- **Moderado.** Preescolar: puede hablar o comunicarse, su conciencia social es deficiente, el desarrollo motriz es normal, requiere supervisión moderada, puede capacitarse para la autoayuda. Escolar: es poco probable que vaya más allá del 2º grado, puede capacitarse en habilidades sociales y ocupacionales. Puede manejarse solo en lugares familiares.
- **Severo.** Preescolar: habla mínima, desarrollo motriz deficiente, generalmente no tiene resultados la capacitación para la autoayuda. Escolar: puede llegar a hablar o aprender a comunicarse y capacitarse en higiene básica y otros hábitos de cuidado personal.

Profundo. Preescolar: mínimo funcionamiento sensoriomotriz, la guardería es necesaria. Escolar: alcanza cierto desarrollo motriz y puede llegar a obtener capacitación limitada para la autoayuda.

Trastornos de la memoria

La **memoria** es el conjunto de respuestas especializadas precedidas por un aprendizaje, que después de haber sido interpretadas pueden utilizarse apropiadamente dentro de una situación ya conocida o bien, sujeta a reglas específicas.

Piaget considera a la memoria como un fenómeno **evolutivo** que incluye: el **reconocimiento** basado en esquemas **perceptivos y sensomotores**; la **reconstrucción** de la realidad, dependiente de la asimilación y comprensión del sujeto, y la **evocación**, apoyada por imágenes mentales, de situaciones y acontecimientos pasados.

Como consecuencia de lo anterior, entre los trastornos de la memoria están la dificultad de asimilar, almacenar y recuperar la **información**, y es posible que esta problemática esté relacionada con los procesos visuales, auditivos y otros, implicados en el aprendizaje; por lo tanto, se puede hablar de trastornos de la memoria visual, auditiva, etcétera. La carencia de la **memoria auditiva** origina incapacidad para reproducir patrones rítmicos o de secuencias en cantidades, palabras, oraciones. Una **memoria visual** insuficiente puede provocar la imposibilidad de visualizar letras, palabras y formas.

La memoria está estrechamente ligada a la **atención** del niño, la **mediación** o reconocimiento de semejanzas y diferencias en materiales nuevos o ya conocidos, la importancia del nuevo material para el niño, el **sobreaprendizaje** o práctica libre de errores para facilitar la retención, y la **interferencia** u olvido. La memoria tiene una gran influencia en todo el ámbito del aprendizaje, ya que es indispensable para el desarrollo del habla y lenguaje, lo mismo que para leer, calcular y escribir; y su deterioro ocasiona fracasos escolares, deficiencias perceptuales, trastornos simbólicos u otros problemas de aprendizaje.

¿SABÍA USTED...?

Existen dos tipos básicos de memoria: la de **corto plazo** o inmediata y la de **largo plazo**.

Las **abstracciones** necesarias para comprender la lectura o realizar cálculos aritméticos complicados, son actividades mentales que dependen de la memoria a largo plazo; en cambio, la memoria inmediata se relaciona con **procesos mentales** presentes en los aprendizajes de eventos que acaban de ocurrir. Hay actividades tan complejas que exigen los dos tipos de memoria.

La información puede pasar a la memoria a corto plazo a partir de la memoria sensorial o bien puede ser recuperada de la memoria a largo plazo. Este último tipo de memoria constituye un gran almacén donde se deposita todo el conocimiento de que se dispone. Su capacidad es virtualmente ilimitada; incluso parece ser que la información permanece de forma estable en ella a pesar de que en ocasiones no se recuerde algún dato o situación. La memoria a largo plazo puede ser: **episódica** (acontecimientos específicos), **semántica** (conocimientos generales sobre el mundo) y **procedural** o de **habilidades** (conjunto de capacidades cognitivas como leer, escribir y la disposición matemática).

Estimulación temprana

¿SABÍA USTED...?

Algunos especialistas están de acuerdo en que es posible generar en el hogar un ambiente propicio para el desarrollo de una alta inteligencia enseñando al niño actividades estimulantes desde que nacen.

ALGO MÁS

En la actualidad, la educación en la niñez temprana se basa en el cumplimiento constante de los siguientes requisitos:

- Detección temprana
- Evaluación continua
- Planes de estudios adecuados
- Procedimientos pedagógicos eficaces
- Colaboración de los padres
- Interacción multidisciplinaria

La omisión de cualquiera de estos requisitos va en detrimento de la educación del niño incapacitado. El plan de estudios está dirigido a siete áreas de desarrollo:

- Habilidades de autoayuda
- Desarrollo motor grueso
- Desarrollo motor fino
- Facilidad de comunicación
- Desarrollo perceptual
- Desarrollo conceptual
- Desarrollo social-emocional

Las investigaciones más recientes sugieren que el ritmo de aprendizaje es aproximadamente paralelo al crecimiento físico del niño. Esto es, que el aprendizaje es muy rápido en los 2 primeros años de vida, un poco más lento los siguientes 4, y a partir de este momento, el ritmo baja hasta estabilizarse, para después seguir bajando. Al respecto, se afirma que a los 4 años los niños han desarrollado el 50 por ciento de su capacidad intelectual total, y a los 8, el 80 por ciento. Incluso, si se mejora el ambiente de un niño durante sus primeros años, también mejora en mucho su capacidad para desarrollarse intelectual y socialmente en una edad mayor.

Actualmente, para asegurar un buen rendimiento escolar se considera necesario tener bases firmes adquiridas en los años de la niñez temprana. Burton White, de Harvard, concluye en uno de sus estudios, que el periodo que se inicia a los 8 meses y finaliza a los 3 años es trascendental para el desarrollo de la **inteligencia humana** y las **habilidades sociales**.

Además, la **estimulación temprana** es imprescindible para todos los niños, en particular para aquellos que sufren incapacidades físicas, emocionales, mentales o sociales y es un gran error esperar hasta los 6 años para proporcionarles atención. Algunos pueden requerir programas al poco tiempo de haber nacido. Por ello, se debe localizar e identificar niños discapacitados en la etapa preescolar, cuando muy tarde.

Sin embargo, paralelamente ha surgido el problema de los padres que se esfuerzan por crear "superbebés" y los centros escolares mal concebidos que pueden perjudicar más que beneficiar a los lactantes y maternas puestos a su cuidado por esos padres entusiastas, a quienes se ha llegado a advertir que si los niños pequeños sienten demasiada presión desde una edad muy temprana, pueden caer en un estado de depresión.

Los superdotados

El tener una inteligencia superior no es una incapacidad pero puede llegar a convertirse en un auténtico problema. Muy especialmente en los casos de los niños superdotados no identificados que a veces no resuelven bien sus tareas por considerarlas repetitivas o aburridas, y responden a sus maestros de manera extraña, imaginativa o divertida.

Un niño superdotado posee habilidades **manifiestas** o **potenciales** que denotan capacidad excepcional en las áreas intelectuales, creativas, académicas y de liderazgo, o en las artes interpretativas y visuales, requiriendo por ello servicios o actividades poco comunes en las escuelas ordinarias. Posteriormente, esta definición se ha ampliado incluyendo la necesidad de que el superdotado deba poseer una gran **perseverancia** relacionada con un alto grado de **motivación** y entrega, y que su creatividad implique el desarrollo y la aplicación de ideas innovadoras.

Los superdotados no sólo poseen un intelecto superior, sino que también están más adelantados en los aspectos físico, social, emocional y moral, aunque algunos se encuentren incapacitados física o emocionalmente. Aquellos con una inteligencia extremadamente alta tienden a experimentar dificultades en el ajuste social, debido a que sus habilidades tan avanzadas son raras entre niños de su edad.

De hecho, aún no ha sido definido el origen del niño superdotado; unos defienden la teoría de que el ambiente puede inhibir o acelerar el desarrollo del talento intelectual (Gallagher), y aseguran que el concepto de inteligencia, como un rasgo determinado genéticamente, se ha reemplazado por el de un intelecto flexible y moldeable, sensible al medio en que se encuentra; en tanto que otros, insisten en que los genes y el desarrollo prenatal son responsables del 80 por ciento de las variaciones en la inteligencia.

¿SABÍA USTED?

Se piensa que los superdotados son capaces de valerse por sí mismos. Mucha gente cree incluso que pueden aprender en las condiciones más adversas. Lo cierto es que cuentan con un conjunto singular de características de aprendizaje que se aprovechan mejor mediante técnicas no tradicionales de enseñanza para niños de su edad. Esto significa que el aprendizaje y el pensamiento de los alumnos superdotados se facilita a través de cierta educación especial.

¿SABÍA USTED...?

Cualquier plan de estudios normal constituye un problema para los alumnos talentosos o retrasados. Mientras los estudiantes con retraso mental se encuentran ubicados bajo el promedio, los superdotados están por encima del él. Los primeros no serán capaces de rendir al nivel promedio, en tanto que los segundos no se sienten motivados a rendir al máximo. Por otra parte, mientras que los niños incapacitados llegan a inspirar simpatía, los superdotados quedan librados a su suerte en un aula regular con sus compañeros normales.

Sea como sea, lo importante en la atención especial que este grupo reciba; dentro de este renglón, cabe mencionar que casi todos los programas educativos actuales están de acuerdo en considerar que los superdotados difieren de los demás en su capacidad para el aprendizaje y que por lo tanto, aprenden con mayor rapidez y tiene mejor memoria; además son más reflexivos acerca de lo que aprenden.

De igual manera, también ha sido tomada en cuenta la gran probabilidad de su éxito futuro y la necesidad de elaborar planes de estudios adaptados a su nivel, dentro de una **educación diferencial**, para mejorar y agilizar su preparación y al mismo tiempo, detectar a otros superdotados para integrarlos a este sistema.

Los alumnos superdotados son muy brillantes, pero también requieren atención y estímulos selectos, ya que su aprendizaje y razonamiento pueden inhibirse o suprimirse si no se les da la atención adecuada. En consecuencia, se hace necesario reconsiderar los servicios educativos que se les ofrecen, los cuales deberán desarrollar al máximo su potencial.

La educación diferencial no sólo es útil a estos niños sino también a la sociedad. El mundo es cada vez más complejo y posiblemente la solución a la problemática actual se encuentre en sus manos. Vale la pena recordar que en los años cincuenta, cuando los Estados Unidos estaban por emprender la carrera espacial, se brindó todo el apoyo a la educación diferencial. En esa época, dicho país utilizó a todos los científicos superdotados de que disponía y dio una gran importancia a este aspecto. Sin embargo, el tiempo pasó y el interés por los niños superdotados empezó a decaer.

Algunos de los programas que se aplican con superdotados son:

- **Clasificación de acuerdo con las habilidades**

Los superdotados se separan para formar grupos

homogéneos, pero requieren de maestros con calidad y planes adecuados. Este programa fue atacado en los Estados Unidos de América por ser supuestamente discriminatorio, y es que muchos norteamericanos piensan que la igualdad en la educación pública es lo más importante y por eso han llegado a integrarse, con niños normales, retrasados mentales y superdotados.

- **Enriquecimiento**

Los superdotados no son separados de sus compañeros normales. En cambio, se les suministran más experiencias del mismo grado o se les proporcionan actividades de un nivel más alto y con complejidad cada vez mayor.

- **Aceleración**

El alumno avanza a través del programa normal a un ritmo más rápido o se inicia antes en la escuela.

ALGO MÁS

Si atiende a un niño superdotado:

- Exponga ideas y asigne actividades en función de los intereses del niño.
- Oriéntelo para que se fije metas realistas.
- Bríndele varias opciones en cuanto a objetivos y actividades de aprendizaje.
- No espere la perfección. Un superdotado es como todos los niños y necesita darse cuenta de que los errores son una parte del aprendizaje.
- No olvide que un superdotado a veces tiene temores y sentimientos de inadaptación, deseos de jugar y divertirse, y una gran necesidad de afecto y aceptación.
- Asegúrese de que las actividades representen un reto para él y permita que busque soluciones creativas a cada problema.
- Fomente en él habilidades de liderazgo.
- Ayúdelo a desarrollar el respeto por sus compañeros que no son superdotados.

Paladar o labio hendidos

¿SABÍA USTED...?

Dentro del lenguaje se encuentran deficiencias que afectan la capacidad de comunicación con los demás; tomemos como ejemplo a los niños que no hablan con claridad, los que lo hacen con excesiva lentitud, los que tienen la voz defectuosa y múltiples variantes más.

Ambas situaciones son anomalías del desarrollo físico que se presentan por una fusión defectuosa del hueso o el tejido suave del paladar o labio, aproximadamente dentro del primer trimestre del desarrollo del feto.

Durante el periodo prenatal, los tejidos que han de constituir los labios, mandíbulas y paladar deben crecer a partir de ambos costados, hasta que se unan en el centro. La anomalía aparece cuando se detiene el crecimiento de esos tejidos antes de alcanzar la línea de fusión.

El **paladar hendido** es un defecto estructural en el paladar o bóveda bucal que puede hacer difícil o aun imposible cerrar el paso del aire nasal, necesario para una **fonología** correcta. Puede ser corregido por medio de la cirugía reconstructiva; sin embargo, cuando no se opera o se opera mal, provoca el habla **hipernasal**, por el aire que en demasía escapa por la nariz.

El **labio hendido**, llamado comúnmente **labio leporino**, es una anomalía estructural en el labio superior, la cual también debe ser corregida quirúrgicamente, ya que de lo contrario, provocará una mala **articulación**.

ALGO MÁS

Por lo que toca al retraso del lenguaje, pueden existir múltiples causas: un nivel bajo de inteligencia, insuficiencias en la audición o visión, disfunciones en el sistema nervioso central, entre otras. También están los problemas ambientales, como la falta de motivación para el aprendizaje, los métodos deficientes empleados por los padres, el lenguaje de los padres poco desarrollado y aun la procedencia de padres **sordomudos**.

Entre los trastornos que se asocian con ambas anomalías, que pueden presentarse simultáneamente y aun ocasionar cierta desfiguración facial, se encuentran: la **dislalia** o pronunciación defectuosa de alguna consonante, como la **l** o la **r**; la **disartria** o dificultad de pronunciar determinadas sílabas; la **microglosia** o malformaciones en la lengua que causan serios problemas; e incluso algunos casos de **disfasia**.

El tratamiento correctivo requiere del cirujano, que se encarga de corregir la malformación física, y del terapeuta del habla y del lenguaje, para ayudar en la rehabilitación del niño afectado e incorporarlo de manera definitiva a una vida normal.

Mutismo selectivo

Algunos niños de preescolar o de primero y segundo grados de primaria no se comunican verbalmente; o si lo hacen, utilizan monosílabos como sí, no, o simplemente movimientos de cabeza para negar o afirmar como respuesta a las preguntas propuestas por su interlocutor.

Esta falta de comunicación es más notoria ante el maestro u otro adulto, muy especialmente cuando éste es un desconocido, que con niños de su propia edad. Siguen el ritmo de los aprendizajes y suelen mostrarse atentos a las actividades que se desarrollan en el aula. Son reservados al manifestar sus sentimientos y muy poco expresivos. Apenas reaccionan frente a los estímulos ambientales, se muestran retraídos y participan poco en los juegos grupales.

Su conducta comunicativa es distinta en el hogar, donde hablan normalmente. En realidad, su trasfondo es psicológico y no implica retraso intelectual. Suele tratarse de niños extremadamente tímidos, inseguros e inhibidos, a quienes el ambiente no ha ofrecido suficientes oportunidades para alcanzar el dominio de la comunicación oral.

En estos casos, es el maestro quien debe intervenir para propiciar dentro del aula actividades y situaciones que favorezcan el intercambio verbal entre los escolares. Es necesario que el niño se encuentre a gusto, que considere importante dar o pedir información y que encuentre placer en la comunicación verbal y por lo tanto, desee expresarse.

Al respecto, se puede aprovechar el enfoque comunicativo que presentan los nuevos programas educativos, los cuales, desde los primeros grados propician el desarrollo de la lengua hablada.

Si, a pesar de todo, el niño persiste en su conducta, es conveniente conseguir ayuda psicológica o psicopedagógica.

¿SABÍA USTED...?

Los niños que a los 5 años de edad todavía no han adquirido el lenguaje o sólo dicen algunas palabras sin que presenten déficit auditivo o intelectual, están afectados por el **síndrome de audimudez**. Esta alteración es poco frecuente y a menudo los afectados son erróneamente diagnosticados como sordos.

ALGO MÁS

La audimudez agrupa los síntomas asociados a la **afasia congénita y sordera verbal**, por lo que afecta tanto la expresión como la comprensión del lenguaje, incapacitando al niño para seguir una escolaridad normal.

Trastornos de la articulación

¿SABÍA USTED...?

Existe un periodo en la adquisición del lenguaje en el que se producen errores sistemáticos en la articulación de los sonidos o fonemas. Cuando los niños dicen sus primeras palabras (16 a 18 meses), se inicia el proceso de adaptación de sus producciones sonoras al modelo adulto. Esta fase se conoce como **dislalia fisiológica** y se caracteriza porque sólo son reconocibles algunos sonidos de cada vocablo: ota, tota, lota, por pelota; tato, ato, pato, por zapato, etcétera.

Este tipo de trastornos se caracterizan por las dificultades que tiene el niño para articular o producir correctamente uno o más de los sonidos o **fonemas** que integran el habla.

Generalmente se identifica hasta después de los 5 años, ya que antes, la incorrecta articulación de sonidos como **s** o **r**, se considera dentro de los límites normales del desarrollo del lenguaje.

El problema se detecta cuando se observan alteraciones más generalizadas en la producción de fonemas o cuando éstas se dan con los sonidos de las letras **m, n, p, t, c, ch, f, z, j**, que no ofrecen mayores problemas.

Las instituciones educativas desempeñan un papel importante en el aprendizaje y la consolidación del sistema fonológico de los niños de preescolar, por medio de la introducción de actividades en las que se trabaja la discriminación **percepto-auditiva** y se estimula el funcionamiento de los órganos de la fonación, tales como los movimientos y chasquidos de la lengua, aspirar y espirar aire, soplar e imitar ruidos con los labios y con la lengua.

Estas actividades facilitan las **destrezas motrices** relacionadas con la articulación de los fonemas y movilizan el interés de los niños hacia la **percepción auditiva**, centrando su atención en el material fonético y aprendiendo a discriminar entre ruidos y sonidos.

Son tres los tipos básicos de trastornos de la articulación:

- **Disartrias.** La existencia de una lesión del sistema nervioso origina un trastorno en el tono y en los músculos que intervienen en la producción de sonidos.

- **Disglosias.** Por alteraciones orgánicas y malformaciones en los **órganos periféricos** del habla (labio leporino, paladar en forma de ojiva, frenillo corto e impostación

ALGO MÁS

Generalmente, a los 3 ó 4 años, el niño completa el aprendizaje del habla, aunque pueden subsistir las dificultades hasta los 6 ó 7 años, especialmente con sonidos que requieren una mayor precisión o que por su naturaleza presentan puntos de articulación más difíciles, y que han requerido más tiempo para ser aprendidos.

defectuosa de los dientes), los niños no pueden articular correctamente los fonemas, por ejemplo: un paladar muy alto ofrece dificultades para articular el sonido de la **r**, puesto que la punta de la lengua no establece contacto con el paladar y no existe el punto de apoyo indispensable.

- **Dislalias.** Son alteraciones producidas por un mal aprendizaje del habla cuyo origen se debe a causas orgánicas o fisiológicas. Se les conoce también como **dislalias audiogénas** o **dislalias funcionales**.

Las dislalias pueden ser sensoriales o motoras. La **dislalia sensorial** se caracteriza por fallas en la discriminación auditiva, sin la presencia de un déficit auditivo. Los niños articulan mal los sonidos porque los perciben mal.

En las **dislalias motoras** la causa se localiza en la dificultad o falta de destreza para coordinar los movimientos que intervienen en la producción de determinados sonidos, sin que para ello tenga que existir una afección motora.

Se manifiestan por sustitución, alteración y omisión de sonidos consonánticos: *cado* por *carro*, *aba* por *agua* y *peota* por *pelota*; así como por alteraciones silábicas. Cuando las irregularidades en la pronunciación se deben a inmadurez psicomotora o debilidad del aparato auditivo (confusión de **b-p, t-d, f-v**), la dislalia se conoce como **disartria**.

Las alteraciones en la articulación pueden ser fonéticas o fonológicas; estas últimas son difíciles de corregir debido a que se encuentra afectado todo el sistema fonológico, mientras que en las fonéticas las dificultades se reducen exclusivamente a uno o más fonemas.

De cualquier modo es necesario que el niño sea atendido por un terapeuta del habla y del lenguaje que se haga cargo del problema; de preferencia, antes de iniciar el aprendizaje de la lengua escrita, por la repercusión que este tipo de situación tiene en dicho aprendizaje.

¿SABÍA USTED?

La actitud inadecuada de los padres al emplear un lenguaje infantil que corresponde a la etapa de la dislalia fisiológica, puede perjudicar al niño por el refuerzo de los errores propios de esta fase natural.

ALGO MÁS

La **fonación** o voz es la calidad tonal o musical que se produce al vibrar las cuerdas vocales. Sus alteraciones pueden afectar al tono, la sonoridad, la calidad tonal y provocar que la voz tenga un tono demasiado alto o demasiado bajo; sea en exceso sonora o en exceso suave; sumamente monótona o con resuello; que tenga un sonido nasal, áspero o ronco. Todo esto implica el mal uso de la laringe, interferencia con la comunicación o desagrado al oído. Además, las cuerdas vocales pueden dañarse si el niño se empeña en forzar la voz o gritar en demasía. El origen de estos trastornos puede deberse a malformaciones, lesiones o enfermedades de las cuerdas vocales, factores psicológicos, pérdida del oído o incluso, a un aprendizaje defectuoso.

¿SABÍA USTED...?

Dentro del proceso para la adquisición del lenguaje se pueden destacar las siguientes etapas:

- El niño recibe, de manera asociada, los patrones receptivo y auditivo visual.
- La imagen visual o la auditiva se transforman en equivalentes y desencadenan, aun en ausencia del estímulo real, el patrón de articulación o motor expresivo (sustantivo).
- A medida que se desarrolla la habilidad del niño para abstraer éste percibirá las acciones, relaciones y atributos, por lo que agregará verbos, adjetivos, preposiciones y conjunciones a su vocabulario.

ALGO MÁS

Etapas de la emisión del habla

- El aire que procede de los pulmones proporciona la fuente de energía.
- Al pasar el aire por la laringe, que actúa como caja de resonancia, las cuerdas vocales le imprimen una vibración produciendo el sonido.
- A medida que el aire en vibración o sonido asciende de las cuerdas vocales, es amplificado por las cavidades de resonancia de la garganta, boca o nariz, convirtiéndose en voz o cualidad vocal.
- El sonido sufre posteriores modificaciones por acción de los músculos del velo del paladar, mandíbulas, lengua y labios, produciéndose diversos sonidos del habla que se combinan para construir estructuras significativas.

Trastornos en el flujo del habla

El flujo del habla abarca los siguientes aspectos: secuencia, duración, velocidad, ritmo y fluidez. El habla normal es relativamente fluida o fluye de modo armonioso, con algunas interrupciones naturales.

Todo el mundo ha experimentado dificultades para hablar con fluidez, casi siempre al tratar de hacerlo muy rápido u olvidar lo que se dice a mitad de una oración.

El problema más común en el flujo del habla es la **tartamudez**. Sus manifestaciones son las **disrupciones** o interrupciones en el flujo del habla. El discurso normal muestra pausas en el ritmo o suspensiones, pero si éstas son tan frecuentes o graves que captan la atención del oyente e interfieren con la comunicación, tal vez el hablante padece una alteración del habla.

Estas alteraciones incluyen repeticiones o prolongaciones de sonidos, palabras, sílabas, así como actitudes al hablar, conductas de evitación y esfuerzo. En el tipo de tartamudez denominada *primaria*, se observan las repeticiones normales características del niño pequeño; en el tipo de tartamudez *secundaria*, el trastorno es más severo y se aprecian todas las manifestaciones señaladas en primer término.

La tartamudez es por lo general una consecuencia de factores combinados que implican reacciones sociales, emocionales y fisiológicas tanto en el hablante como en el oyente. Es más frecuente entre niños que entre niñas. En cuanto a su origen, se manejan múltiples teorías: las hay de índole hereditario, psicoanalítico, orgánico y relativo al aprendizaje.

Es un fenómeno natural de la niñez que se da durante el aprendizaje del habla y del lenguaje. En la mayoría de los casos, al finalizar la adolescencia, un 75 por ciento de los tartamudos espontáneamente comienzan a hablar bien,

independientemente de los tratamientos a que se hayan sometido, y que incluyen desensibilización sistemática, psicoterapia, condicionamiento operativo, control voluntario, modificación de patrones, quimioterapia, cirugía, hipnosis y habla rítmica, entre otros.

Casi todos los tartamudos tienen problemas particulares con ciertas palabras o situaciones específicas. Por ejemplo, hablar con extraños o por teléfono puede ser muy problemático, en tanto que no lo es leer en voz alta o cantar. La tartamudez puede afectar a varios miembros de la familia sin que sea una prueba de un origen hereditario.

Hasta el momento no se ha encontrado ninguna cura general; sin embargo, parece que algunos de los tratamientos más eficaces se basan en los principios del aprendizaje.

El **tartajeo**, que también se define como un trastorno en el flujo del habla, se caracteriza por la rapidez, la precipitación y el ritmo sincopado que presiden el habla, así como por la eliminación de algunas sílabas en las palabras largas y complejas. A pesar de todo el lenguaje es inteligible y por ello sus manifestaciones pasan más desapercibidas que en el tartamudeo y no requieren de un tratamiento específico. Su origen puede ser de tipo fisiológico, provocado por problemas de coordinación sensorio-motora o debido a factores de tipo hereditario. Si el niño que tartajea pone atención y se expresa lentamente, mejorará notablemente su habla.

¿SABÍA USTED...?

Criterios para la adquisición del lenguaje

- **Oposiciones fonológicas.** El niño adquiere inicialmente con más facilidad los fonemas partiendo de sus diferencias. Ejemplo: después del sonido *p* le es fácil distinguir el sonido de la *t*, porque se oponen en la articulación.
- **Utilidad de las palabras en la vida cotidiana.** La motivación se centra en la utilidad de las palabras y el aprendizaje depende de su uso, de que las entienda y las emita. Las palabras más útiles son las que representan objetos o designan personas y acciones de su vida diaria.
- **Emisiones orales espontáneas.** La estructuración de oraciones debe partir de las de tipo declarativo (afirmativas y negativas), introduciendo poco a poco las interrogativas simples y las imperativas.

La disfasia

¿SABÍA USTED...?

El niño aprende a construir oraciones de acuerdo con las reglas de la gramática de su idioma. Sus padres le ayudan en esta tarea en función de la manera como simplifican su propio lenguaje al hablarle. Aunque la adquisición de muchas de estas reglas se completa básicamente a los 4 años, se requiere de un periodo más largo para perfeccionar sus habilidades articulatorias y producir oraciones más complejas. El aprendizaje de nuevas palabras se lleva a cabo durante toda la vida.

Consiste en un trastorno funcional del lenguaje donde no se detectan alteraciones fisiológicas, neurológicas o sensoriales, y que es ocasionado por problemas en la percepción central que afectan los aspectos auditivos y motóricos del habla, determinando una mala recepción y emisión de ésta.

En cuanto al momento en que afecta al niño, existe gran controversia entre los especialistas; algunos señalan que se manifiesta a partir de los 6 años en tanto que otros sitúan su aparición a los 2 años.

De cualquier forma, la realidad es que el lenguaje en desarrollo sufre una desorganización capaz de repercutir en su forma hablada creando estructuras **lingüísticas** alteradas que llegan a funcionar como un sistema que impide que el lenguaje oral evolucione y se transforme; o bien, afectando al lenguaje escrito con trastornos como la dislexia o la disortografía.

Los niños disfásicos se caracterizan por el uso de un vocabulario reducido e impreciso (utilizan el término **esto** para denominar objetos), por una organización **sintáctica** propia de niños de niveles de desarrollo lingüístico inferior (las construcciones de oraciones son muy pobres), y por una organización del discurso desordenada y con ideas desarticuladas.

A veces manifiestan alteraciones en la percepción **auditivo-tonal** y tienen dificultad, ya sea para reproducir las palabras de una oración por separado, o para repetir la oración completa. También presentan problemas en la comprensión del lenguaje, especialmente en los términos abstractos relacionados con el espacio, el tiempo y las propiedades de los objetos, así como en los sinónimos y la repetición de dígitos. Tienen enormes dificultades para lograr resumir un texto o relato oral, al no poder captar adecuadamente su estructura lógica.

ALGO MÁS

El cerebro favorece el proceso lingüístico, pues la adquisición del lenguaje ocurre en forma universal a pesar de la gran complejidad de todas las lenguas. La adolescencia marca el nivel máximo del progreso en las habilidades básicas del lenguaje.

En lo correspondiente a los aspectos afectivos y sociales, se ha establecido una íntima relación entre la gravedad de la disfasia y la estructura afectiva de los que la sufren. Los niños con la personalidad mejor adaptada presentan un lenguaje controlado, con oraciones simples y la utilización de frecuentes enumeraciones y descripciones, mientras que los niños con **personalidad neurótica, prepsicótica o psicótica**, emplean oraciones compuestas, desordenadas y sus discursos son incoherentes.

Los problemas de aprendizaje del disfásico se centran en la lengua escrita, ya que su comprensión lectora se encuentra muy afectada. La expresión escrita está alterada en el aspecto ortográfico y en la organización del texto. Por todo esto, a menudo se confunden con los **disléxicos**. Presentan un déficit tan generalizado que se les dificulta acceder a los grados superiores de la primaria.

Existen dos tipos de disfasia:

• Disfasia adquirida

Se trata de una alteración del lenguaje hablado que se presenta como consecuencia de una lesión aguda del hemisferio cerebral dominante, en un niño cuyo desarrollo lingüístico era normal. Cuando ocurre en menores de 8 ó 10 años de edad, la recuperación es frecuente y en un máximo de 6 meses; pero no siempre es completa, ya que aunque se logra la adquisición del lenguaje conversacional, no pasa lo mismo con las habilidades verbales superiores como el manejo de conceptos, humorismo, metáforas, habilidades académicas, etcétera.

En función de sus características, la disfasia adquirida presenta las siguientes variantes:

Disfasia expresiva o motora. Se caracteriza por un trastorno expresivo del lenguaje hablado. En algunos niños, esta alteración se encuentra a nivel **silábico** y **fonémico**. La emisión de las palabras se efectúa con esfuerzo. Se

¿SABÍA USTED...?

El aprendizaje de las habilidades básicas del lenguaje requiere de modelos al ser un sistema socialmente derivado de símbolos arbitrarios que la gente emplea para transmitir información. El niño tendrá que aprender a escuchar y tomar turnos, a interpretar y producir las señales visuales (gestos y expresiones) y acústicas (tono de voz) que requerirá para comunicarse.

ALGO MÁS

La adquisición del lenguaje no es una operación pasiva basada en la imitación. Para que el niño empiece a repetir sílabas y palabras, será necesario que aprenda a separar de todo el cúmulo de estímulos auditivos que recibe, los sonidos que corresponden al habla y las unidades mínimas del lenguaje con significado (palabras). No es posible que comience a nombrar objetos, personas o actividades si antes no ha logrado asociar un modelo de sonido particular e invariable con lo que representa en el ambiente real. Esto significa que un modelo o **patrón motor expresivo** (palabra que emite el niño) se asocia a un **patrón auditivo** (palabra que escucha el niño) y a un **patrón receptivo visual** (objeto, persona o actividad a la que representa la palabra escuchada).

¿SABÍA USTED...?

Alteraciones que originan los distintos tipos de disfasia adquirida

Disfasia expresiva: lesión sobre la región fronto-parietal izquierda afectando el área de Broca.

Disfasia receptiva: lesión en la porción posterior de la circunvolución temporal superior del hemisferio dominante.

Disfasia de conducción: lesión subcortical que afecta el fascículo arcuato, lo que ocasiona que el área de Wernicke en el lóbulo temporal, quede desconectada del área de Broca en el lóbulo frontal.

Disfasia transcortical motora: lesiones localizadas en el lóbulo frontal izquierdo que no afectan el área de Broca.

Disfasia transcortical sensorial: lesiones sobre el área parieto-temporal que no afectan el área de Wernicke.

Disfasia anómica: lesión en la unión temporo-occipital.

ALGO MÁS

Las pruebas estandarizadas de comprensión del lenguaje ayudan a evaluar el nivel del déficit del desarrollo del lenguaje, independientemente del problema de articulación del habla.

observan sustituciones, adiciones, repeticiones y aun prolongaciones en los fonemas o sonidos. Otra manifestación consiste en la simplificación de las formas gramaticales: el niño omite preposiciones, artículos, pronombres y conjunciones, empleando oraciones cortas a semejanza de la comunicación telegráfica. Aunque la comprensión del lenguaje oral es adecuada, hay un déficit significativo en la capacidad de repetición de la palabra y en la denominación de lo que le rodea. La escritura también se ve afectada.

Disfasia receptiva o sensorial. Se define como una dificultad significativa en la comprensión del lenguaje hablado. El habla de los niños es fluida pero anormal por el uso abundante de palabras sin significado (**neologismos**); es repetitiva y estereotipada, aunque los aspectos no verbales estén preservados (entonación y mímica). Hay deficiencia en la capacidad de repetición y en la denominación o nombrado.

Disfasia de conducción. El niño con este trastorno es capaz de comprender lo que escucha y tiene un habla fluida pero presenta dificultades para la repetición de las palabras y la denominación de lo que le rodea.

Disfasia transcortical motora. Se manifiesta por un lenguaje expresivo no fluido con una reducción importante en la cantidad y complejidad del **lenguaje espontáneo**. Hay comprensión de lo que escucha y puede repetirlo. Tiene dificultades en el nombrado o denominación.

Disfasia transcortical sensorial. El niño interpreta los sonidos del habla (**descodificación**) e incluso puede repetirlos; pero la comprensión del significado de las palabras es defectuosa, así como la denominación de objetos y seres.

Disfasia anómica. Consiste en la inhabilidad para evocar nombres al presentarle objetos y seres, o para emplearlos en el lenguaje espontáneo, síntoma común en las disfasias.

¿SABÍA USTED...?

La disfasia del desarrollo de tipo expresivo es un déficit en la expresión verbal del lenguaje (**codificación**) a pesar de que el niño (**emisor**) lo comprende y posee conceptos apropiados para su edad; mientras que la disfasia del desarrollo de tipo receptivo implica la presencia de alteraciones tanto en la comprensión (**descodificación**) como en la expresión hablada (**codificación**) del receptor.

ALGO MÁS

El lenguaje verbal es un sistema de representación simbólica utilizado por el hombre para transmitir información y es el resultado de la planeación y ejecución de los movimientos orales necesarios para su articulación. Los niños con disfasia del desarrollo cometen errores en el empleo y comprensión de las palabras, sin que sea indispensable que también presenten errores en la articulación del habla. Cuando el habla es ininteligible, las extensiones del trastorno articulatorio y del trastorno del lenguaje son difíciles de determinar.

Esa dificultad no sólo afecta a la lengua hablada, sino también a la escrita, aunque conserva la capacidad de comprensión de las dos formas de lenguaje, la lectura en voz alta y la repetición.

• Disfasia del desarrollo

Consiste en un retardo en el desarrollo del lenguaje del niño que se manifiesta por una expresión y/o comprensión deficientes del lenguaje verbal, siempre y cuando no exista algún trastorno **sensorial** (sordera) o **cognitivo** (retraso mental) que lo provoque.

Esta alteración puede abarcar dos aspectos: la dificultad en la comprensión del lenguaje hablado (**tipo receptivo**) y la dificultad en la expresión hablada (**tipo expresivo**). Son múltiples los factores que llegan a originar este trastorno: una lesión cerebral **perinatal**, especialmente si se presentó una **anoxia neonatal**; una disfunción cerebral de otro tipo, por ejemplo una **disartria** o un problema convulsivo; o probablemente sea un reflejo de un desarrollo cerebral inadecuado, e incluso tal vez pudiera existir una **etiología genética**, sobre todo si otros miembros de la familia iniciaron tardíamente el habla o tuvieron problemas de aprendizaje o **dislexia**. En realidad no existe una sola **etiología** para estos trastornos puesto que varía con cada uno de los afectados.

Es esencial el estudio **analítico** de las características lingüísticas del lenguaje receptivo y expresivo del niño disfásico, pues éstas servirán para delinear el perfil del trastorno del lenguaje y serán la base para establecer el diagnóstico, el pronóstico y el diseño de las técnicas habilitatorias que se deberán seguir en la escuela, en el ambiente familiar y en la terapia específica.

En función de sus características, los **síndromes** de disfasia del desarrollo son:

Síndrome de agnosia auditiva verbal. La manifestación

¿SABÍA USTED...?

No existe una clasificación generalmente aceptada de la disfasia del desarrollo; sin embargo, algunos especialistas han descrito seis **síndromes** basándose en un modelo combinado **afasiológico** y **psicolingüístico** que se enfoca en patrones de déficit en la descodificación, codificación y procesamiento en los niveles lingüísticos.

ALGO MÁS**Niveles lingüísticos**

- **Fonológico:** comprensión de la producción de los sonidos del habla.
- **Semántico:** selección de palabras de las categorías adecuadas para que transmitan un mensaje con significado apropiado.
- **Sintáctico:** organización de las palabras en oraciones bien estructuradas.
- **Pragmático:** aplicación en conversaciones, iniciación de la comunicación, tomar turnos, solicitar información, hacer comentarios, describir, etcétera.

principal de este síndrome, conocido también como **sordera de palabras**, es la incapacidad para la **descodificación fonológica**, que es el primer paso en la comprensión del lenguaje hablado.

El niño prácticamente no entiende o entiende muy poco de lo que escucha y como consecuencia es mudo o presenta pocas emisiones de habla con trastorno severo en la fluidez y la articulación. El desarrollo del habla es tardío y puede mostrar una regresión o estancamiento después de un pobre inicio.

La sintaxis es rudimentaria o no existe, ya que habla con palabras aisladas. Si la dificultad no está asociada con el **autismo**, el niño desarrolla un lenguaje a base de señas y gestos.

Este síndrome afecta la comprensión, la expresión y además presenta déficit articulatorio. Ocurre en la **afasia epiléptica** y puede estar asociado a alteraciones **electroencefalográficas prominentes** y a lesiones bilaterales de las áreas de asociación auditiva.

Síndrome de déficit mixto expresivo-receptivo. Representa la variedad más frecuente de las disfasias del desarrollo y casi siempre es el prelude de la **dislexia**. La comprensión es variable y siempre es mejor que la expresión, que incluso en ocasiones puede llegar a ser normal en situaciones de rutina. Hay retardo en la iniciación del habla, déficit en la fluidez, en la evocación de palabras y en el nombrado.

El niño posee un vocabulario muy limitado y por ello emplea oraciones simplificadas omitiendo artículos, preposiciones y conjunciones. Se observan también omisiones y sustituciones en fonemas. Algunas palabras son distorsionadas formando **neologismos**. La articulación es deficiente. Con frecuencia el niño complementa la comunicación verbal con mímica y gestos; ante la incapacidad para expresar lo que desea, siente frustración.

Los niños que no están severamente afectados aprenderán a hablar adecuadamente en la edad escolar o antes, y es posible que sólo presenten un ligero déficit articulatorio, de sintaxis y de nombrado, aunque a menudo las dificultades retornan como problemas de tipo disléxico. Este trastorno probablemente es provocado por una disfunción que afecta las regiones cerebrales anteriores que participan en la producción del lenguaje.

Síndrome de dispraxia verbal. La expresión verbal es extremadamente deficiente y fluctúa entre un estado de casi mutismo hasta la capacidad de articular palabras y oraciones cortas, pero tan distorsionadas debido a errores en las **secuencias articulatorias** que hacen su lenguaje ininteligible, excepto para sus familiares más cercanos.

Algunos niños desarrollan un lenguaje rico en gestos y mímica y se benefician con el código de señas y con la lectura, pues a pesar de que su expresión está muy afectada, su comprensión es buena.

Síndrome de déficit en la programación fonológica. Se trata de niños con un lenguaje fluido pero poco inteligible; saben lo que quieren decir y lo dicen en ocasiones aunque tengan dificultad para formular el discurso. La estructuración de oraciones es buena, pero pueden omitir plurales y tiempos de verbos. La comprensión es buena y la iniciación del habla puede ser normal o retrasada.

Síndrome de déficit léxico-sintáctico. Consiste en un retraso en la iniciación del lenguaje expresivo y **persistencias** en los aspectos expresivo y receptivo después de iniciada el habla. Aunque la articulación de las palabras es generalmente adecuada, hay alteración en la fluidez con múltiples titubeos, falsas iniciaciones al hablar y déficit en la evocación de palabras. Los niños que sufren este síndrome confunden los vocablos con sonido parecido. También sufren retraso la sintaxis y el uso pragmático del lenguaje.

• **Síndrome de déficit semántico-pragmático.** El lenguaje de estos niños es fluido y frecuentemente **verborreico**. La sintaxis y el componente fonológico del lenguaje son normales, aunque por lo regular hablan en tercera persona. Su vocabulario puede ser extenso, sofisticado y muy formal. La prosodia es rígida. Hay **ecolalia** inmediata o tardía, por lo que pueden repetir oraciones completas o comerciales de televisión. La **perseverancia verbal** es frecuente. Hablan mucho pero dicen poco. La iniciación del habla puede ser **precoz** o retrasada. Se presenta déficit en la comprensión del significado de los mensajes verbales, especialmente si se trata de preguntas complejas, lo que puede pasar desapercibido debido a que el lenguaje espontáneo es fluido; comprenden palabras aisladas y frases simples. Esta alteración es típica en los niños **autistas** que hablan y en los niños **hidrocefálicos**.

¿SABÍA USTED...?

En la exploración del niño con disfasia se deben investigar seis habilidades del lenguaje:

- **Lenguaje hablado espontáneo**, con un análisis detallado de los aspectos fonológico, sintáctico, semántico y pragmático; al igual que en su forma y contenido.
- **Habilidad para nombrar** (denominación), considerando que todos los tipos de disfasia presentan un déficit en la habilidad para evocar la palabra deseada para denominar objetos, colores, partes del cuerpo, etcétera.
- **Habilidad para repetir**, partiendo de palabras aisladas hasta llegar a oraciones de tamaño y complejidad sintáctica creciente, observando si hay o no fluidez en la emisión de palabras, así como la presencia de **parafasias fonémicas, semánticas o neologismos** (sustituciones que se observan en cualquier variedad de disfasia y que se refieren al cambio de un fonema correcto por otro incorrecto: *lama* por *cama*; o una palabra correcta por otra incorrecta: *pluma* por *lápiz*; e incluso palabras creadas por el niño sin significado: *yo jaguito* hoy por *yo jugué* hoy).
- **Comprensión del lenguaje hablado**, investigando la participación de los aspectos fonológicos, sintácticos, semánticos y pragmáticos de la comprensión del lenguaje hablado. Se pueden utilizar cuestionamientos donde el niño explique lo que se le pide o en los que su respuesta sea sí o no.
- **Lectura**, tanto en voz alta como de comprensión, evaluando ambas modalidades por separado, por si la disfasia ha afectado a alguna de las dos. En la comprensión lectora, se escribirá el nombre de objetos del entorno y se pedirá al niño que los señale. En seguida se escribirán preguntas de complejidad creciente pero cuya respuesta sea sí o no.
- **Escritura**, puesto que los trastornos de naturaleza lingüística son comunes en los síndromes disfásicos. Para esto se solicitará al niño que escriba dígitos y letras aisladas, palabras y números multidígitos y oraciones de tamaño y complejidad crecientes. Otro aspecto, será pedir al niño que escriba libremente para analizar la forma (fluidez, extensión) y el contenido (selección de palabras, sintaxis, semántica).

La dislexia

La lectura y la escritura son actividades en las que participan varios sistemas **motores y perceptuales-visuales**, así como habilidades **lingüísticas y simbólicas**. Si se presenta alguna alteración en cualquiera de estos elementos, también puede presentarse un **déficit** del lenguaje escrito. Estos trastornos son de carácter adquirido o bien, debidos a un desarrollo insuficiente en el aprendizaje de la lecto-escritura.

El aprendizaje de la lengua escrita en sus dos facetas, la lectura y la escritura, ocupa un lugar fundamental dentro de los primeros años de escolaridad, puesto que constituye, al lado del de las matemáticas, la base de los futuros aprendizajes escolares; lo que explica la gran preocupación de maestros y padres de familia ante las dificultades que pudieran surgir.

Uno de estos trastornos, enfocado a la dificultad en el aprendizaje de la lectura, es la **dislexia**, la cual está definida como un déficit en la capacidad para leer y obtener significado de la palabra escrita.

El niño disléxico es un niño de inteligencia normal y que ha seguido una escolaridad normal; puede ser incluso un niño vivaz e inteligente, que obtiene resultados inferiores en el dominio de la lecto-escritura en relación con las otras asignaturas escolares, pero que se diferencia de los otros niños por la cantidad y persistencia de los errores, especialmente las confusiones de tipo **fonético**.

La mirada de los niños disléxicos recorre la línea escrita de derecha a izquierda o de izquierda a derecha, indistintamente. La lectura oral es vacilante y **sincopada**, leen descifrando las sílabas y no respetan los signos de puntuación. A veces tienen problemas en la comprensión. Pueden llegar a alcanzar un dominio de la lectura, pero permanecen la lentitud y la falta de entonación, toda vez

¿SABÍA USTED...?

Algunos de los errores que fundamentan la sospecha de dislexia en un niño son los siguientes:

- Confusiones visuales entre letras de formas idénticas, pero con orientación distinta: **p-b, d-q, d-b, p-q**.
- Confusiones visuales entre letras o combinaciones de letras parecidas: **m-n, ch-cl, dr-br**.
- Confusiones auditivas entre sonidos próximos desde el punto de vista fonético: **t-d, p-b**.

ALGO MÁS

- Otros errores son:
- Omisiones de consonantes o sílabas: *gano* por *grano*, *busa* por *blusa*, *autóvil* por *automóvil*, *peota* por *pelota*, *cao* por *carro*.
 - Inversiones de letras en sílabas: *le* por *el*, *la* por *al*, *sol* por *los*, *ne* por *en*.
 - Inversiones de letras en palabras: *patol*, por *plato*.
 - Añadido de consonantes: *tractror* por *tractor*, *mesas* por *mesa*, *ques* por *que*.
 - Dificultad para pasar de un renglón a otro.
 - Trazado y dibujo defectuosos.

¿SABÍA USTED...?

Durante la etapa preescolar se da prioridad a una serie de funciones de carácter instrumental cuyo dominio se considera imprescindible para abordar el aprendizaje de la lecto-escritura.

que no logran integrar los **automatismos** de la actividad **léxica**.

Claro está que las fallas a nivel de la lectura llegan a producirse en todos los niños durante el periodo de aprendizaje; pero cuando éstas persisten a partir de los 7 u 8 años, se convierten en indicadores que deben tomarse en cuenta.

La dislexia puede estar reflejando una lesión cerebral o un defecto en el desarrollo cerebral, en el caso de **lesión perinatal** o como resultado de una **influencia genética**. Al igual que la disfasia, la dislexia se presenta preferentemente en los varones.

Dislexia adquirida

Considerando la íntima relación entre el lenguaje hablado y el escrito, así como entre la lectura y la escritura, los trastornos disléxicos adquiridos pueden clasificarse en los siguientes **síndromes**:

- **Dislexia disfásica**. La dislexia se encuentra asociada a una **disfasia**, puesto que el trastorno de la lengua escrita en niños disfásicos es similar a las características de su lengua hablada y por lo tanto su lenguaje escrito es comparable al hablado.

Presenta **paragrafías** (omisión, sustitución o alteración del orden de las letras en la palabra) y empleo de palabras gramaticales en ausencia de vocablos de contenido **semántico**; su expresión escrita y comprensión lectora son deficientes. Al leer en voz alta pueden presentar muchas dudas, omisiones, detenciones y especialmente, errores en la pronunciación de la palabra.

- **Dislexia con disgrafía**. Este tipo de dislexia casi siempre es severo, pues afecta letras, palabras y números. La comprensión lectora está muy disminuida y la **facilitación táctil** (trazado de letras con los dedos) y **fusión mental**

ALGO MÁS

Estas funciones son: un buen dominio de la **lateralidad**, una perfecta **orientación derecha-izquierda**, una buena **organización temporal y espacial**, y un buen dominio del lenguaje oral, entre otras.

de letra por letra tampoco son de utilidad. Los niños con esta alteración son incapaces de entender las palabras que les deletrean; pueden formar letras, pero rara vez tienen la capacidad para ensamblarlas en palabras.

La disgrafía se manifiesta por la dificultad en la escritura espontánea, el dictado y el copiado. El trastorno del **cálculo** frecuentemente es severo y puede llegar hasta la alteración del reconocimiento y lectura de números.

- **Dislexia sin disgrafía**. Los niños afectados por este trastorno sufren **dislexia verbal** (dificultad para leer las palabras), aunque su lectura de letras y números sea relativamente buena. Son capaces de leer letra por letra, pronunciando la palabra conforme avanzan. En ocasiones palpan o trazan las letras con el dedo. La escritura, pese a algunos errores ortográficos, es buena. El deletreo y reconocimiento de las palabras deletreadas es normal. En realidad este síndrome sólo afecta a la lectura.

¿SABÍA USTED...?

En casi todos los países ha quedado establecido que los niños deben saber leer entre los 6 y 7 años, considerando esta edad como óptima para realizar el aprendizaje; sin embargo, no se están tomando en cuenta las particularidades y características de la población infantil escolarizada. Los intereses, habilidades y motivaciones de niños y niñas de 5 y 6 años son muy diferentes, puesto que diferentes son, también, sus vivencias personales, su entorno social y afectivo, así como sus capacidades **cognoscitivas**, lo que determina que el niño pudiera estar listo para aprender a leer y escribir antes del término fijado o que llegaran a presentarse algunas dificultades en el aprendizaje dentro del periodo señalado como normal.

Dislexia del desarrollo

¿SABÍA USTED...?

El niño atraviesa por cinco etapas de desarrollo verbal:

- Establecimiento del **lenguaje interno**.
- Establecimiento del **lenguaje auditivo-receptivo** (comprensión).
- Desarrollo del **lenguaje auditivo-expresivo** (habla).
- Desarrollo del **lenguaje visual-receptivo** (lectura).
- Desarrollo del **lenguaje visual-expresivo** (escritura).

Este problema se define como un trastorno del lenguaje que se manifiesta por la dificultad para aprender a leer a pesar de contar con instrucción convencional, inteligencia adecuada y oportunidad socio-cultural. Se trata de una alteración que dificulta la adquisición del significado de la palabra escrita debido a una reducida habilidad para **simbolizar**. Esta limitación se deriva de una disfunción cerebral donde se observan trastornos en la **cognición** no atribuibles a **déficit** sensorial, motor, intelectual o emocional.

El disléxico puede ser capaz de discriminar las letras visualmente pero no le es posible leerlas formando palabras con significado. Para leer se requiere poseer el conocimiento de la lengua hablada, contar con la habilidad para segmentar el habla en unidades de comunicación con sentido propio (palabras), asociar la grafía con el sonido o fonema y sintetizar las sílabas fusionando los fonemas.

El afectado también tendrá que evocar palabras de su **léxico** y derivar de la palabra individual el entendimiento del mensaje; además necesita de la **memoria secuencial** para efectuar operaciones lingüísticas, visuales y auditivas, paralelas al texto que está leyendo. Requiere de una función perceptual viso-espacial adecuada, prestar atención a la actividad lectora, estar motivado para demostrar que puede leer, tener un **canal de eferencia** a su disposición (la voz) y los músculos articuladores para el habla.

Como se apreciará, dentro de este largo camino son muchos los niveles en donde el proceso se puede alterar o interferir con la habilidad del niño para aprender a leer.

La dislexia del desarrollo puede presentarse dentro de las siguientes modalidades:

- **Síndrome de trastornos en el lenguaje hablado.**

ALGO MÁS

Cuando el niño aprende a leer, debe ser capaz de transferir el lenguaje auditivo conocido a nuevos signos para las mismas señales; debe poseer habilidad para relacionar los **fonemas** o sonidos con las **grafías** o letras. En la escritura, depende también de habilidades auditivas y visuales cognitivas.

Este tipo de dislexia es la más frecuente. Todos los niños que la padecen tienen como antecedente una **disfasia** que probablemente ha dejado como secuelas algunas dificultades para el nombrado y en la comprensión, repetición de oraciones y discriminación en los sonidos del habla. Los más afectados tienen problemas para adquirir la correspondencia **letra-sonido** o se les dificulta la **fusión** de fonemas en palabras. Otros más, utilizan **neologismos**.

Se puede observar dificultad en la coordinación motora de la mano derecha, en la articulación del habla o en la capacidad para manejar secuencias. La lectura y el deletreo son deficientes y además presentan dificultades para las matemáticas.

- **Síndrome de descoordinación articularia y grafomotora**

Se caracteriza por dificultades en los movimientos coordinados (**dispraxia**), déficit en la fusión de sonidos y deficiencias en la **coordinación motriz fina** y como consecuencia, en la escritura.

- **Síndrome de déficit en las secuencias**

Los niños afectados tienen dificultades para repetir dígitos, palabras y oraciones. Hay déficit en conceptos como antes-después y más-menos, en la fusión de sonidos y en las operaciones aritméticas.

- **Síndrome perceptual viso-espacial**

No hay déficit en el lenguaje hablado ni en la fusión de sonidos, pero el niño confunde la **p** con la **q**, la **d** con la **b** y la **m** con la **w**. También se observa una gran dificultad para asociar la figura de la letra con el sonido que corresponde, e incluso tiene problemas para reconocer palabras como niño o mamá.

¿SABÍA USTED...?

Los **procesos perceptuales** son básicos en todos los aspectos del aprendizaje, pero éstos son fundamentalmente procesos no verbales. Algunas investigaciones descartan la hipótesis de que el déficit perceptual visual sea el responsable principal de las dificultades en la lectura o **dislexia**, por lo que la consideran como un trastorno **cognitivo**.

ALGO MÁS

Al igual que el habla, la lectura requiere de un gran número de habilidades. La primera y más importante, es un adecuado conocimiento del lenguaje hablado, lo cual se hace evidente en las dificultades tan grandes que presenta el sordo congénito para adquirir una capacidad de lectura aceptable.

La disgrafía y disortografía

¿SABÍA USTED...?

El niño con problemas **disortográficos** fija su atención únicamente en una letra cada vez, en lugar de leer toda la palabra o un fragmento de la oración, antes de escribirla.

La escritura requiere de la interacción de mecanismos del control motor o **praxis**, de la integración **viso-espacial** y **cinestésica**, así como de la base simbólica del sistema del lenguaje; más aún, al ser la escritura una habilidad no tan ampliamente practicada como el habla, resulta más frágil a la acción de numerosas disfunciones cerebrales que pueden alterarla.

La **disgrafía** puede definirse en términos generales como un déficit de habilidades en la escritura no explicables por trastornos motores, deficiencia mental, falta de motivación u oportunidad educacional adecuada. Se considera como una perturbación en la escritura espontánea, ya que la capacidad de copiar está intacta. A veces se atribuye a un retardo en la **maduración motriz**; pero casi siempre se le asocia a trastornos **neurológicos**, como en los casos de la **disgrafía disfásica**, donde se combina con la **dislexia**, y la **disgrafía espacial**, que produce una alteración viso-espacial.

La **disortografía**, trastorno casi siempre asociado a la dislexia, consiste en la dificultad que tiene el niño para lograr la exacta expresión ortográfica de la palabra o de la frase, como en los errores de puntuación.

Son manifestaciones de disortografía las fallas que afectan al material léxico, como las confusiones, omisiones, inversiones y contaminaciones. Los casos más frecuentes, hasta los 7 años, se refieren a confusiones de carácter auditivo: *pata por bata, cada por cara*, y el agregado de sílabas a las palabras. A partir de los 8 años predominan las omisiones e inversiones de letras o sílabas, juntar dos palabras en una y cortar palabras (*prob lema, lis to*). También aparecen otros problemas relacionados con aspectos gramaticales como la concordancia de género y número, supresión de las terminaciones de los verbos, etcétera; y que se manifiestan cuando los niños copian del pizarrón o de un libro.

ALGO MÁS

Al analizar la calidad de la letra y la perfección en el trazo, se observa que la escritura del niño **disgráfico** es defectuosa, irregular y llena de tachaduras. Esto podría interpretarse como una forma de manifestar su total falta de interés hacia la escritura, que lo lleva a escribir de cualquier forma.

Discalculia

La discalculia es un trastorno que se manifiesta por un debilitamiento o pérdida de la capacidad de calcular, manipular los símbolos numéricos o hacer operaciones aritméticas simples. Generalmente se atribuye a déficits verbales, espaciales, secuenciales y cognitivos. Como en el caso de disfasias y dislexias, la discalculia puede ser adquirida o del desarrollo.

Mientras que una capacidad matemática pobre o de bajo nivel puede ser causada por una enseñanza deficiente o por una capacidad mental inferior, la discalculia está asociada con un cierto tipo de disfunción neurológica que interfiere con el **pensamiento cuantitativo**. En general, se localizan dos tipos de deficiencias aritméticas: las relacionadas con otros trastornos lingüísticos y las que se refieren a perturbaciones en el pensamiento cuantitativo.

El niño que padece algún trastorno del lenguaje auditivo receptivo, probablemente se desempeña mal en aritmética, no porque no logre entender los principios del cálculo, sino porque no consigue comprender la explicación oral del maestro, los problemas que se le plantean y las instrucciones del caso. Una dificultad lectora lo coloca en desventaja al leer los problemas y una disgrafía le impide escribir las respuestas.

Las perturbaciones del pensamiento cuantitativo o discalculia, abarcan la comprensión de los propios principios matemáticos. El niño logra leer y escribir, pero no calcular.

Esta condición se caracteriza por falta de organización visual-espacial e integración no verbal, capacidades auditivas muy buenas, excelencia al leer palabras y en el silabeo, distorsión de la imagen corporal, **apraxia** o falta de integración visual-motora, falta de distinción entre la derecha y la izquierda, falta de madurez social y por desempeño superior en tareas verbales frente a las no verbales.

¿SABÍA USTED...?

La aritmética es la rama de las matemáticas que se refiere a los números y a su cómputo. El término **discalculia** se emplea para designar dificultades en la ejecución de operaciones aritméticas. La discalculia puede ser **adquirida**, cuando es secundaria a una lesión cerebral o del **desarrollo**, en la cual no existen aún criterios definidos para su diagnóstico.

ALGO MÁS

La discalculia afásica o dislexia y disgrafía para números, se debe a una lesión en el hemisferio cerebral derecho, a una lesión cerebral bilateral y muy rara vez, a lesiones en el hemisferio izquierdo. La **anaritmia** es causada principalmente por lesiones en el hemisferio cerebral izquierdo o en ambos hemisferios, aunque también existen casos (1 por cada 4) en que se debe a lesiones en el hemisferio derecho.

Discalculia adquirida

Los trastornos del cálculo adquiridos o discalculia adquirida, cuyas causas se deben a lesiones cerebrales, comprenden los siguientes tipos básicos:

- **Dislexia y disgrafía para números o discalculia afásica**, que consiste en la dificultad para la lectura y escritura de números. A veces se presenta asociada a la dislexia y disgrafía verbal o a otros problemas disfásicos.

- **Discalculia espacial**, entre cuyas manifestaciones se incluyen:

- Sustitución de una operación por otra: $2+3=6$ (cambio a la multiplicación 2×3), $5 \times 3=8$ (cambio a la suma $5+3$), $4+3=1$ (cambio a la resta $4-3$).

- Sustitución del conteo por el cálculo: $12+8=13$ (12,13), $7+9=8$ (7,8).

- Perseveración del último dígito que se presenta: $7 \times 4=24$ (4,24), $7 \times 8=58$ (8,58).

- Inversión del número que aparece en uno de los términos y su presentación como respuesta: $43+16=34$ (43,34).

- Déficit en la retención o memoria inmediata de los componentes numéricos de un problema.

- Inversión de números polidígitos: 31 por 13, 101 por 110.

- Inversión en la dirección para las operaciones: sumar, restar o multiplicar de izquierda a derecha.

- Columnas desalineadas al ejecutar las operaciones.

- Omisión de números.

- Confusión de signos.

- Concepto de números: mayor que, menor que.

- **Anaritmetría**, que aunque no se relaciona con los dos tipos de discalculias antes señaladas, sí puede estar asociada a otros trastornos neuropsicológicos. Desempeña un papel muy importante en el debilitamiento de la memoria, ocasionando que los niños afectados sean incapaces de elaborar o evocar tablas de multiplicación previamente aprendidas.

¿SABÍA USTED?

La discalculia del desarrollo no ha sido investigada al grado de la disfasia o de la dislexia del desarrollo; sin embargo, algunos especialistas señalan que la disfunción cerebral causante de este trastorno puede reflejar déficits verbal, espacial, de secuencia, de praxia, de atención de memoria o cognitivo.

ALGO MÁS

Tipos de discalculia del desarrollo:

- **Discalculia verbal.** Dificultades en la habilidad para designar oralmente términos y relaciones matemáticas.

- **Discalculia practognósica.** Trastorno en la manipulación matemática de objetos reales o impresos.

- **Discalculia léxica.** Dificultades en la lectura de símbolos matemáticos.

- **Discalculia gráfica.** Trastornos en la manipulación de símbolos matemáticos escritos.

- **Discalculia ideognósica.** Debilitamiento de la capacidad para realizar cálculos mentales.

- **Discalculia operacional.** Dificultad para ejecutar operaciones matemáticas.

El niño autista

El autismo en su forma clásica es también conocido como **Síndrome de Kanner** y se presenta, aproximadamente, en 15 de cada 10 mil nacimientos; además, es cuatro veces más frecuente en niños que en niñas. Se localiza a nivel mundial, sin importar el grupo étnico o el nivel social de que se trate. Abarca distintos niveles de gravedad, que van desde el autismo con trastornos muy severos hasta aquél en donde éstos son relativamente leves.

Casi todos los especialistas están convencidos de que el autismo es un trastorno de origen biológico. Se ha demostrado que la intervención de factores tales como la rubéola, anomalías en el embarazo y parto, niveles anormales de ciertos neurotransmisores, irregularidades físicas leves, ondas cerebrales anormales y alteraciones estructurales en el hemisferio cerebral izquierdo, están íntimamente relacionados con la presencia de este grave problema.

Hasta el momento no se dispone de ningún tratamiento que haga que los niños autistas vuelvan a la normalidad. Con los métodos **conductuales** se han hecho algunos progresos, tales como enseñarles el lenguaje y otras habilidades de adaptación social, así como lograr disminuir ciertas conductas inadecuadas. En el renglón de los fármacos, se está experimentando con una sustancia denominada **fenfloramina**. Sin embargo, la realidad es que al interrumpirse el tratamiento se deteriora nuevamente la conducta. Por otra parte, si se emplea un tratamiento conductual, éste requiere de gran habilidad y tiempo, además de la problemática que representa el mantener los avances logrados.

Sus manifestaciones básicas son:

- **Déficit para establecer relaciones sociales normales**

El niño que sufre este trastorno se caracteriza por la

¿SABÍA USTED?

En 1943 se describió a un grupo de niños cuyo cuadro clínico se caracterizaba por una tendencia severa al aislamiento, tendencia obsesiva a resistirse al cambio y déficit en el empleo del lenguaje para la comunicación. En la actualidad es claro que el autismo no representa un solo proceso de enfermedad, sino más bien, un síndrome que designa a niños con ciertas características conductuales de distintas causas.

ALGO MÁS

Un signo clínico temprano y fundamental en el autismo infantil es la tendencia al ensimismamiento desde los primeros meses de vida. El nivel de actividad y el llanto pueden ser particularmente tranquilos y poco exigentes.

¿SABÍA USTED?

La ausencia de respuestas con sonrisas es un signo patológico que se hace evidente en los primeros meses de vida, al igual que la incapacidad de asumir una postura anticipatoria cuando se le va a cargar. El niño autista rechaza los alimentos sólidos y muestra gran desinterés por los juguetes; o por el contrario, se fija en alguno de ellos con gran terquedad.

incapacidad para relacionarse. El autista muestra una tendencia disminuida para interactuar con otras personas, tiene dificultades para darse cuenta de los pensamientos y sentimientos de quienes le rodean y en cambio, enfatiza detalles triviales. Parece indiferente ante la presencia de otros, aun sus mismos padres, dando la idea de que vive en un mundo privado. Por esta falta de sensibilidad emocional, se afirma que este trastorno es, en esencia, una alteración del contacto afectivo.

- **Trastornos del lenguaje**

Se puede observar un retardo en la adquisición y desarrollo del lenguaje **proposicional**, que se refiere al vocabulario y el orden de las palabras en oraciones acordes a las reglas gramaticales, así como alteraciones en el lenguaje prosódico, en el empleo del contacto visual, expresión facial y mímica de la comunicación. Muchos autistas no hablan, y los que llegan a hacerlo, además de los trastornos citados, presentan **ecolalia** o repetición exacta de lo que dice otra persona, **inversión pronominal** al no emplear correctamente los pronombres, y escasa evidencia de habla o lenguaje espontáneo. Son capaces de memorizar construcciones verbales complejas y extensas, pero sus aprendizajes carecen de toda apreciación de contenido.

- **Conductas ritualistas y compulsivas.**

Los autistas experimentan un gran malestar si se modifican algunos aspectos de su ambiente, incluso por el cambio de un objeto o de sus juguetes fuera de su sitio habitual; sus actividades e intereses están restringidos; sus movimientos corporales son estereotipados: se llevan objetos a la boca, agitan brazos y manos durante largos periodos o se balancean de atrás para adelante; también muestran preocupación persistente por partes de objetos: los huelen repetidamente o dan vueltas insistentemente a una rueda; se obstinan en seguir rutinas con detalles precisos y en algunos casos reflejan una aparente insensibilidad al dolor o conductas autodestructivas.

ALGO MÁS

El niño autista tiene dificultad para establecer contacto visual normal con otras personas y puede dar la impresión de estar mirando a través de quienes le rodean. Los padres del autista llegan a dudar de si éste oye o no, al observar la falta de respuesta ante estímulos verbales o no verbales, y posteriormente su incapacidad para desarrollar lenguaje para comunicarse.

Déficit en la atención

Son variadas las situaciones que se generan en torno a los procesos de la atención, la que ha sido definida como la orientación de un comportamiento hacia determinada tarea:

- Un niño puede mantener su atención fija en el maestro y no estar aprovechando lo que éste dice mientras que otro capta todo a pesar de que realiza al mismo tiempo actividades irrelevantes.
- El escolar debe poseer la capacidad tanto para responder a un estímulo e ignorar otros (**atención selectiva**), como para dividir la atención al mirar al pizarrón, escuchar al maestro, escribir y mantener contacto con el ambiente para responder ante una emergencia (**atención simultánea**).
- Puesto que los estímulos no son iguales, el niño tendrá que tener la habilidad para cambiar y modular la intensidad de su atención, de acuerdo a la necesidad e importancia de dichos estímulos.

La alteración de cualquiera de los procesos de la atención hará que al niño se le considere de fácil **distractibilidad**, independientemente de los factores que han motivado tal situación, como pueden ser: la falta de capacidad para discriminar estímulos sin importancia, para sintetizar diferentes fuentes de estímulos, para resistir la fatiga, para dirigir en forma apropiada la atención o para inhibir la primera respuesta que salta a su mente, si no es la adecuada.

Por otra parte, también se debe tomar en cuenta que un comportamiento **inatento** tal vez sea el resultado de simple incapacidad para desarrollar alguna tarea específica, falta de motivación, incapacidad para entender lo que se le solicita, y muchísimas situaciones más.

Actualmente, al estar ya definidas las manifestaciones

¿SABÍA USTED...?

El niño con **déficit de atención** no aprende de las experiencias sociales que tiene con compañeros, maestros y padres.

ALGO MÁS

Tal parece que el niño con déficit de atención no se da cuenta del tono, gestos y todas las manifestaciones de carácter **pragmático** que se asocian a las respuestas de quienes le rodean, ante su conducta inapropiada (**desobediencia patológica**). Esto puede interpretarse como una disfunción del hemisferio cerebral derecho.

¿SABÍA USTED...?

Se han probado diversos métodos de tratamiento para la alteración conocida como déficit en la atención; pero sólo unos cuantos han sido eficaces, como los métodos psicofarmacológicos y conductuales, los cuales, a pesar de todo, no son efectivos en todos los casos.

asociadas al trastorno de déficit en la atención, se consideran como características básicas diagnósticas, las siguientes:

- **Inatención**

Esta característica se pone de manifiesto cuando el niño frecuentemente no termina las cosas que empieza, da la impresión de que no escucha, se distrae con facilidad, tiene dificultad para concentrarse en las actividades escolares o en otras tareas que requieren una atención sostenida, incluso en juegos.

- **Impulsividad**

Se caracteriza porque el niño a menudo actúa antes de pensar, cambia constantemente de una actividad a otra, tiene gran dificultad para organizar su trabajo (sin que se deba a un **déficit cognitivo**), necesita mucha supervisión, grita sólo para llamar la atención en la clase o tiene dificultad para esperar su turno en juegos o en actividades escolares.

- **Hiperactividad**

Se manifiesta cuando el niño, de manera continua y excesiva, está corriendo, subiendo y bajando de las cosas; tiene dificultad para mentenerse sentado en reposo o simplemente sentado; se mueve en exceso durante el sueño y siempre está eufórico o actúa como impulsado por un motor, colocándose, a veces, en situaciones peligrosas.

- **Iniciación temprana**

Generalmente este trastorno se inicia a la edad de 3 años, aunque con frecuencia no se hace evidente sino hasta que el niño asiste a la escuela.

- **Exclusión**

No deberá ser consecuencia de alteraciones tales como esquizofrenia, trastornos afectivos o retraso mental severo o profundo.

ALGO MÁS

Los tratamientos conductuales pueden ser los métodos operantes que implican el reforzamiento de los niños para que no muestren conductas hiperactivas, impulsivas ni de distracción; o también, recompensar conductas incompatibles con la actividad exagerada y la falta de atención.

Hiperactividad

Dos factores influyen de manera determinante sobre el aprovechamiento escolar: la **conducta impulsiva** y la **distractibilidad**, características en el niño hiperactivo y que también tienen un grave impacto en muchas otras actividades de la vida diaria.

Las manifestaciones de la **impulsividad** pueden agruparse en cuatro categorías: la conducta motora, la solución de problemas, la interacción social y el estilo emocional.

La mayoría de los niños hiperactivos muestran un nivel alto de **actividad motora**, que por lo general llega a iniciarse en su etapa de lactantes (bebés muy inquietos que adquieren tempranamente las distintas etapas del desarrollo motor), donde algunos presentan periodos muy cortos de sueño y despiertan alertas, sin hambre, sin molestias y dispuestos a jugar.

El niño responde con exageración a todos los estímulos y manifiesta una conducta con **urgencia exploratoria** no habitual. Explora todas las situaciones disponibles y los sitios inimaginados sin que le importe el riesgo. Es el niño que encuentra y toma venenos, medicinas y otras sustancias peligrosas.

Afortunadamente, el nivel de actividad motora del niño disminuye de manera progresiva durante la primera década de su vida y frecuentemente desaparece completamente alrededor de la pubertad.

Por lo general, el hiperactivo está limitado para la solución de problemas debido a su incapacidad para mantener la atención. Las consecuencias que se presentan en el trabajo escolar y en el desarrollo intelectual dependen de su nivel intelectual general.

Si se trata de un niño muy brillante, su poca concentración en las tareas puede ser suficiente para que salga adelante

¿SABÍA USTED...?

La **hiperactividad** es uno de los problemas de conducta más frecuentes en los niños; tanto así que se estima que el 3 por ciento de todos los pequeños en edad escolar presentan conducta **hiperquinética**. Más aún, se sospecha que esta dificultad, que por cierto afecta aproximadamente a 10 veces más hombres que mujeres, puede llegar a abarcar hasta un 15 por ciento del total de la población escolar infantil.

ALGO MÁS

Algunos estudios demuestran cierta relación entre hiperactividad y altos niveles de plomo. Otros han descubierto que la hiperactividad se caracteriza por anomalías físicas leves, tales como el tamaño anormal de la cabeza, orejas malformadas, dedo pulgar torcido, paladar elevado y cabello muy fino, las cuales tienen que ver con desarrollo fetal desviado.

¿SABÍA USTED?

Aunque se menciona que la tendencia a la hiperactividad desaparece entre los 12 y 18 años de edad, hay suficiente evidencia que indica que el hiperquinético puede tener serias dificultades para adaptarse y superar sus problemas de aprendizaje más allá del límite mencionado, y además asociarlos a conducta antisocial e inmadurez emocional.

ALGO MÁS

En estudios familiares se ha observado que la hiperactividad pasa de una generación a otra, sin que sea claro si se debe a factores genéticos o ambientales. La realidad es que no se trata de un fenómeno del todo transitorio en la niñez, sino de una tendencia de la personalidad básica con implicaciones conductuales que estará presente a lo largo de la vida y además con posibilidades de transmitirse a generaciones subsecuentes.

en la escuela, aunque si abandona esa concentración antes de haber entendido, poco a poco se irá retrasando, sobre todo en los aprendizajes que requieren tiempos prolongados de atención. Al ser impulsivo, el hiperactivo toma decisiones y actúa sin pensar. Sus trabajos son sucios, desorganizados, descuidados y con errores. Al no meditar, llega a conclusiones enfocado en lo más obvio olvidándose de lo importante, por lo que sus respuestas casi siempre son incorrectas. Estas conductas mejoran significativamente cuando dispone de atención personal directa; pero una vez que el adulto se retira, el niño vuelve a su conducta anterior.

Este tipo de niño tiene dificultad para relacionarse con sus compañeros de juego o de escuela. En su afán de imponerse a los demás y por su brusquedad, es rechazado con frecuencia; no le gusta, pero es incapaz de cambiar su conducta como otros niños lo hacen (**desobediencia patológica**). Si se le permite, el hiperactivo modificará las situaciones sociales a su conveniencia y ejercerá el control por medio del **dominio dictatorial** o la **manipulación**.

Las relaciones con sus padres son tirantes y presentan una problemática que se centra en aspectos disciplinarios, pues es incapaz de hacer lo que se le pide o frenar sus impulsos inmediatos; situación que puede prolongarse aún en la adolescencia, limitándolo para desarrollar amistades en la forma habitual y haciendo que se aísle más, pudiendo llegar a desarrollar una conducta delincuente o inapropiada, sólo por atraer la atención.

Los niños hiperactivos tienden a comunicarse de manera superficial y defensiva, su autoestima es baja y frecuentemente se muestran deprimidos. Mienten fácilmente y en forma convincente; su existencia es egocéntrica, dominada por una conducta temeraria, descuidada, sin sentido de culpabilidad, egoísta y centrada en obtener ventajas personales inmediatas.

Gran parte de la hiperactividad es hereditaria. Con frecuencia, alguno de los padres muestra un perfil donde

¿SABÍA USTED?

Un enfoque conductual para tratar niños hiperactivos que cada vez se populariza más, es el método de modificación cognoscitivo-conductual, que se ocupa de la conducta cognoscitiva y observable, y en él se utilizan procedimientos tales como modelamiento y participación guiada.

aparece este trastorno, como en el caso de la **psicopatía**, el **alcoholismo** y la **histeria**.

También la hiperactividad puede ser motivada por daño cerebral y otros factores. Algunos niños que padecieron **encefalitis** se vuelven hiperactivos en grado extremo.

Se sospecha además, que algunas sustancias químicas precipitan esta conducta, como en el caso de los barbitúricos (que exacerbaban la conducta impulsiva y la distractibilidad), el tabaquismo materno durante el embarazo y los niveles elevados de plomo.

Generalmente, son dos las razones por las que se presta atención al niño hiperactivo: tal vez el maestro solicite que se envíe al afectado con un especialista, ante la conducta o bajo desempeño académico que está manifestando; o probablemente son los padres los que han pedido a la escuela que se evalúe a su hijo, ya que ellos mismos han observado signos de hiperactividad.

En el manejo de la conducta hiperactiva resulta importantísimo mantener cierta consistencia entre la familia y la escuela. Para esto es necesario formular un plan general para el trato del alumno en ambos lugares y mantener una excelente comunicación para así saber si funciona determinado programa. Además, algunas de las técnicas aplicables en la escuela también lo pueden ser dentro del hogar. El éxito y la eficacia de cualquier programa son más factibles si existe cooperación entre el hogar y la escuela.

Al respecto, resulta paradójica la actitud que toman muchas familias que acostumbran dejar libres en el ambiente a sus hijos hiperactivos con el propósito de que no ocasionen daños dentro de la casa. Además de los peligros obvios, son muchos los problemas que los padres llegan a afrontar por esta situación.

Otros por el contrario, especialmente los que pertenecen a la clase media, prefieren mantenerlos dentro de casas pequeñas llenas de objetos valiosos y frágiles, y por ello son fácilmente víctimas de este tipo de niños.

ALGO MÁS

Los paquetes de tratamiento multifacético consisten en medicamentos para controlar el nivel de actividad, tratamientos conductuales con entrenamiento en autocontrol cognoscitivo y en relajación y biorretroalimentación, con reforzamiento por conducta en tarea. Incluye entrenamiento para padres y maestros.

Una de las formas usuales para tratar al hiperactivo es a base de **fármacos**, que aunque reducen el nivel de actividad y las conductas negativas, sus resultados no son muy positivos para el aprendizaje, además de los efectos colaterales que producen, como disminución del apetito, pérdida de peso, dolor abdominal, **cefalea** y hasta **atrofia** en el crecimiento.

Otro tratamiento consiste en utilizar los métodos conductuales, ya sea como estrategia única para el manejo del hiperactivo, o como elemento complementario en el tratamiento integral del paciente.

Los métodos conductuales consisten en una serie de técnicas que pretenden corregir las conductas manifiestas en el niño con trastornos y que pueden ser: el reforzamiento, modelaje, representación de roles, repetición de videocinta, técnica de retroalimentación y muchas más. Hasta el momento, no hay evidencia de que resulten superiores al empleo de los fármacos.

Cuando los métodos son complementarios a un tratamiento integral, se convierten en esenciales en la mayoría de los casos.

ALGO MÁS

El **trastorno de conducta antisocial** se manifiesta por comportamiento desafiante, desobediencia y agresión excesiva, y es muy común en niños preescolares y escolares; pero en los hiperactivos estas conductas son más notables que la misma hiperactividad. Incluso, en niños mayores pueden degenerar en robo, violencia o abuso de drogas.

Los hiperactivos desobedientes y desafiantes casi siempre provienen de familias de los medios socioeconómicos más bajos, con mayor incidencia de trastornos psiquiátricos entre los padres y con una interacción familiar patológica. Generalmente esta característica se presenta en los niños hiperactivos en exceso. Por lo mismo, sufren aislamiento e impopularidad.

Estas no son manifestaciones de hiperactividad

• **Hipermotilidad.** Algunos niños vienen marcados genéticamente con un alto nivel de actividad. Se muestran inquietos, se mueven, están en constante actividad debido a la ansiedad, pero sus movimientos están dirigidos a una meta. Son adaptativos y sus manifestaciones motoras están directamente relacionadas con situaciones específicas.

• **Impulsividad.** Hay conductas impulsivas provocadas por emociones intensas y que se manifiestan en situaciones determinadas. Tampoco es raro que algún niño privado culturalmente actúe de manera impulsiva por las normas sociales que posee.

• **Distractibilidad y tiempo de atención corto.** La falta de atención es común en niños sin motivación o pasivos que muestran signos de aburrimiento porque las tareas que deben realizar son demasiado fáciles, muy difíciles o incluso, inaceptables. También pueden vagar los pensamientos o sentimientos en los niños ansiosos, obsesivos o con trastornos del pensamiento.

• **Rabietas.** Pueden ser manifestaciones de mala conducta, de manipulación o de agresión no social de un niño que le falta control paterno efectivo; o expresiones de coraje o ira, si acaso tiene tendencias **paranoides**.

• **Conducta manipuladora y tendencia a ser el centro de atención.** Debe distinguirse entre el niño irritable y malcriado debido a procedimientos **disciplinarios** defectuosos y el niño cuyas conductas se deben a la **sobreprotección**, una forma de actuar más fácil para los padres que establecer marcos de referencia disciplinarios efectivos. Los niños que se desarrollan en este ambiente aprenden a ejercer control por medio de una manipulación muy parecida a la que utiliza el hiperactivo. Los que proceden de hogares desorganizados o despersonalizados, demandan constantemente la atención directa del maestro.

¿SABÍA USTED...?

Al analizar estudios que comparaban la utilidad de los medicamentos y la de ciertas estrategias conductuales, los investigadores concluyeron que lo razonable sería iniciar el tratamiento con dichas estrategias y emplear los fármacos sólo en el caso de que éstas no demuestren efectividad.

ALGO MÁS

En el ámbito escolar, puesto que el personal no está capacitado para prescribir medicamento alguno, lo más lógico es que se siga el procedimiento descrito y únicamente se recurra a los fármacos bajo estricta supervisión del especialista indicado. Por otra parte, si al niño ya se le prescribieron medicamentos, esto no es obstáculo para emplear los métodos conductuales, cuya efectividad determinaría la disminución en la cantidad y variedad de estimulantes que se están utilizando.

Depresión y ansiedad infantil

¿SABÍA USTED...?

Una forma razonable de iniciar el tratamiento de la depresión consiste en enfocar el desempeño académico del niño. Si determinadas conductas como el llanto, berriches o peleas ocurren con tal frecuencia que dedica poco tiempo a las actividades escolares, es aquí donde se deben dirigir las estrategias.

El término **depresión** puede indicar una amplia gama de situaciones que van desde un ánimo temporalmente decaído, hasta cierta disposición grave y crónica que se caracteriza por estados de autodestrucción y muerte. Se estima que el 28 por ciento de los niños enviados a clínicas padecen este trastorno.

Las características asociadas con la depresión entran en dos categorías: las **físicas**, que se manifiestan por falta de apetito o pérdida de peso, o por lo contrario, demasiado apetito y aumento de peso, poca energía, fatiga, cansancio, dificultad para concentrarse o pensar e irregularidades en el sueño; y las **conductuales**, que incluyen la melancolía, tristeza, desamparo, actitud sombría, desconsuelo o irritabilidad.

Otros síntomas conductuales son apatía, falta de interés por actividades que antes se disfrutaban, llanto excesivo y frecuente, autodevaluación, autorreproches, aprensión, bajo rendimiento escolar, sentimientos exagerados de culpa, hablar de muerte o suicidio, intentos suicidas, aislamiento social, falta de **reactividad** (nada parece elevar el ánimo del niño) y problemas **psicomotores**.

Los problemas psicomotores contemplan dos tipos o puntos de conducta: **retardo psicomotor** y **agitación psicomotora**. En el primero, la conducta y los procesos del pensamiento se tornan lentos; el niño tarda demasiado en responder preguntas, su habla es muy acompasada y presenta una exagerada lentitud en toda la actividad motora. La agitación psicomotora se caracteriza por intranquilidad, agitación y altos niveles de actividad.

La depresión se asocia con deseos e ideas suicidas. Aun los niños de 5 años pueden comportarse de maneras que voluntariamente los llevan a la muerte. El especialista no debe pasar por alto las tendencias suicidas en niños con depresión. Cualquier alusión al respecto debe tomarse en serio y buscar de inmediato ayuda profesional.

ALGO MÁS

Por otra parte, el especialista suele utilizar **antidepresivos** en el manejo de este problema, pero la evaluación conductual de las áreas problemáticas debe continuar, ya que muchas de las manifestaciones de la depresión no son aliviadas por el uso de los fármacos.

Recuerde que casi todas las ciudades cuentan con servicios telefónicos para casos de crisis, urgencia y orientación. No todos los niños con manifestaciones depresivas son suicidas, pero de todas formas cualquier indicación manifiesta de este tipo de tendencia es una auténtica señal de alerta.

En el ambiente escolar, los maestros se pueden dar cuenta de conductas depresivas al observar en sus alumnos algunas de las manifestaciones descritas; pero no hay que olvidar que existe cierta categoría de reacciones depresivas enmascaradas que hacen creer que el niño es hiperactivo o impulsivo, cuando lo que padece es una severa depresión. La diferencia radica en que ésta última presenta características parecidas a las de la hiperactividad sumadas a toda una serie de trastornos en el estado de ánimo, así como otros padecimientos **psicosomáticos**.

En lo que corresponde a la **ansiedad**, el miedo es normal ante determinadas situaciones. Todo el mundo experimenta ansiedad o temor en ciertas ocasiones; pero cuando éste llega a convertirse en algo tan irracional e inadaptativo, y además, la situación temida es importante para la adaptación del niño (ir a la escuela, por ejemplo), entonces este miedo debe ser atendido.

A estos temores se les suele llamar **fobias**, recalcando su naturaleza irracional. Las fobias infantiles llegan a desarrollarse de diversas maneras; una de ellas incluye el **condicionamiento clásico**, el cual se puede resumir en lo siguiente: siempre que ocurra un estímulo doloroso o que inspire temor, es posible que los estímulos neutrales relacionados con ese suceso condicionen miedo. En otras palabras, cuando en el ambiente del niño existen ruidos fuertes, estímulos dolorosos o sucesos que despierten temor, hay posibilidades de que haya un condicionamiento y como consecuencia, una fobia.

También mediante procesos **cognoscitivos**, tales como la imaginación o las observaciones reales de hechos

¿SABÍA USTED...?

Conductas asociadas a la ansiedad

- Preocupación injustificada.
- Temor a que la persona a quien se tiene mayor apego se marche para siempre.
- Renuncia o negación de irse a dormir, evitar estar solo, pesadillas.
- Tensión motora, estremecimientos y sacudidas.
- Respiración y ritmo cardíaco acelerados.
- Síntomas físicos de dolor de estómago, de cabeza, náusea, vómito.
- Berrinches o llanto para evitar contacto con una situación atemorizante.
- Incapacidad para relajarse e intranquilidad.
- Necesidad excesiva de reafirmación.
- Restricciones en la vida normal.
- Transpiración, diarrea, dificultad para respirar.

atemorizantes, se puede generar una fobia. Si el niño se percata del miedo que siente un familiar ante determinados arácnidos y luego escucha la descripción de las consecuencias pavorosas de encontrarse con ese arácnido, podría adquirir la misma fobia de su familiar.

Otro mecanismo en la aparición y persistencia de las fobias son las propiedades **reforzantes** por el hecho de eludir las circunstancias u objeto temido. En la medida que el niño evita, cada vez con mayor frecuencia, las circunstancias atemorizantes, la fobia se fortalece o al menos se mantiene; sin olvidar que en este aspecto y en los anteriores, la conducta de quienes rodean al niño, pueden contribuir al reforzamiento de la fobia.

Es normal que el pequeño que crece experimente ciertos temores, pero casi todos se superan sin necesidad de tratamiento. Lo que distingue a la fobia del miedo común y natural, es su justificación y el grado en que pueda llegar a interferir con las actividades normales.

ALGO MÁS

Casos a que se enfrentan los maestros:

- **Temores infantiles.** Incluyen todos los temores que se refieren a algún miedo de índole común cuyo control se ha perdido, como el miedo a la oscuridad. Si éste impide que el niño disfrute del cine o le impide dormir, es una prueba de la pérdida de control.
- **Fobia escolar.** consiste en un deseo persistente y apremiante de evitar la escuela. También es probable que se asocie con el miedo a la separación. El niño manifiesta, en días de escuela, dolor de cabeza, náusea, vómito y dolor de estómago. Es posible que los padres, sin quererlo o saberlo, propicien que falte a la escuela y fomenten su fobia. Cuando se pierda el control, debe intervenir el personal del plantel.
- **Ansiedad ante los exámenes.** Se presenta cuando el niño es incapaz de resolverlos aunque cuente con los conocimientos necesarios. Sus manifestaciones son la evitación total de los exámenes o la alusión a malestares físicos.

Deficiencias en las habilidades sociales

Las **habilidades sociales** abarcan conductas que van desde compartir un juguete a los 5 años de edad, hasta conversar con alguien del sexo opuesto en plena adolescencia. Las deficiencias en este aspecto corresponden al tipo de dificultades susceptibles de solucionarse con la aplicación de programas formales de manejo conductual. Algunas son conocidas como **trastornos de la personalidad**.

Agresión. La conducta agresiva en menores de edad, en particular la agresión física, casi siempre despierta la atención de los adultos. Sus manifestaciones abarcan todo un conjunto de acciones negativas: golpear, empujar, patear, morder, rasguñar, arrebatar las cosas a otros, gritarles o cualquier acto que viole los derechos de los demás. Posteriormente, se suman el mentir y propagar chismes malintencionados.

La agresión puede definirse como la violación excesiva de los derechos de los demás. Está asociada a la incapacidad del niño para alcanzar sus objetivos sin perjudicar a quienes le rodean.

El programa de **manejo conductual** aplicable tendrá como objetivo eliminar las conductas excesivamente violentas y generar las habilidades sociales que sean necesarias. Para ello, deberán identificarse las fuentes de la agresividad y la manera como quienes rodean al niño refuerzan, sin saberlo, su actitud negativa.

Delincuencia. La falta más común es el robo y en este caso, a veces son los mismos adultos quienes refuerzan la conducta negativa del niño que lo comete. Dentro del tratamiento, deben ser identificados los actos delictivos, que van desde sustraer dinero del monedero de la madre o de la cartera del padre, quitar los juguetes a otros niños, sean vecinos o compañeros de clase, y robar útiles

¿SABÍA USTED...?

Para planear cualquier entrenamiento dirigido a la corrección o aprendizaje de una habilidad social, lo primero que tendrá que hacerse será localizar la carencia o déficit de que se trate y el grado de afectación en que lesiona al niño; en seguida, se investigarán las razones que motivaron la dificultad.

ALGO MÁS

Para completar la planeación, se delimitará la estrategia conductual seleccionada, considerando si ésta corresponde al nivel de desarrollo en que se encuentra el afectado y si existe la posibilidad de que sea reforzada por parte de quienes lo rodean.

¿SABÍA USTED...?

Los robos perpetrados por grupos de ex-alumnos en los edificios escolares, acompañados de destrozos, pueden tener un significado que va más allá de lo individual, ya que probablemente cuestiona la eficacia de la función cumplida por la escuela para con determinados grupos, y expresa una problemática social más amplia.

escolares o dinero en el aula, hasta los robos efectuados en un supermercado.

Nunca debe considerarse un robo como pequeño o carente de importancia, ya que su práctica temprana puede ser el punto de partida para convertirse, más adelante, en un auténtico delincuente.

Uno de los aspectos correctivos considerados para el manejo de este problema son los **contratos conductuales** que pueden emplearse tanto en el hogar como en la escuela; los cuales deben especificar qué tipo de mejorías en la conducta académica o social pueden intercambiarse por oportunidades de ganar dinero o escapar de situaciones que sean molestas para el niño.

Alcoholismo infantil. Actualmente mucho se habla de la preocupación por el consumo de bebidas alcohólicas, ya no sólo en adolescentes, sino entre los niños. Independientemente de la presencia estadística de este problema, desde un punto de vista escolar o familiar, la existencia de un solo niño alcohólico es inaceptable.

La intervención de profesionales es indispensable, sobre todo porque si ha llegado al grado de manifestar dependencia del alcohol, significa que se trata, la gran mayoría de las veces, de un niño desatendido totalmente en el seno de su familia.

La mentira. A edades tempranas, la mentira es una actitud normal, que no implica ningún problema si no se convierte en norma. La mentira o acción explícita de inducir a engaño o alterar intencionalmente la realidad, merece especial atención a partir de los 6 a 8 años.

Es necesario, como en todas las deficiencias en habilidades sociales, observar su frecuencia y delimitar las razones que inducen al niño a mentir. Las mentiras pueden ser **defensivas**, al tratar de justificar una falta incurrida, o **compensatorias**, cuando atenúan posibles debilidades que él mismo se atribuye.

ALGO MÁS

El niño es un ser social y se desarrolla gracias a los vínculos que desde el primer momento de su vida establece con quienes le rodean. Estos vínculos definen y concretan sus potencialidades intelectuales y afectivas, otorgan características propias y diferenciadas a su carácter y le ofrecen la posibilidad de autovalorarse.

Los problemas que plantea un niño que miente sistemáticamente deben ser manejados con especial cuidado y en ningún caso se le descubrirá ante sus compañeros. El padre o el maestro debe actuar como mediador entre los deseos inconfesados del niño, sus miedos o temores y la realidad, y ayudarlo a ir aceptando gradualmente.

Desde luego que hay casos donde una **fabulación sistemática** y totalmente cerrada a la realidad, hace necesaria la intervención del especialista, lo que deberá producirse al margen de la vida escolar, en un ámbito **psicoterapéutico**.

En general, se debe evitar que la mentira se convierta en un hábito arraigado que perturbe la personalidad y altere sus relaciones con los demás. El niño mentiroso es un niño con un soporte personal frágil, y aunque puede obtener algún beneficio con su conducta, le provoca al mismo tiempo un profundo malestar, excepto en los casos decididamente **patológicos**.

ALGO MÁS

Muchas veces las razones que llevan a un niño a cometer hurtos de forma frecuente, parecen responder a compensaciones de carencias personales, asumiendo un carácter **reivindicativo**. Se debe observar la frecuencia y la situación en que se cometa el robo. La conducta se convierte en problemática cuando es una acción más o menos habitual y no se trata de una apropiación realizada alguna vez. También debe determinarse si el acto lo comete el niño solo o si es una acción de grupo. La reacción no puede ir a los extremos: si es **rígida**, el niño aparecerá como el eterno sospechoso y con ello se le inducirá a nuevos robos; si es **permissiva**, creará que los adultos aprueban este tipo de conducta y también se le inducirá a seguir cometiendo hurtos.

El niño maltratado

¿SABÍA USTED...?

Por el tremendo impacto que tiene el maltrato para quien lo recibe, es necesario que los maestros conozcan sus signos, puesto que sería una equivocación manejar la conducta de un niño maltratado sin tener en cuenta la situación que vive en su casa.

El empleo de castigos físicos para modificar la conducta del niño es algo que ya debió quedar en el olvido, una de las muchas razones para ello es que con demasiada facilidad se convierten en abuso o maltrato. Si esto llega a ocurrir es lógico que se vean afectados la vida en el hogar y el desempeño en la escuela.

El **maltrato físico** es la anomalía más fácil de detectar, ya que casi todos los indicadores consisten en marcas y magulladuras visibles, que incluyen: heridas en distintas etapas de cicatrización y en partes poco comunes del cuerpo, marcas de forma extraña que parecen haber sido hechas con algún objeto, quemaduras de inmersión en sustancias calientes (tipo guante o calcetín) en manos y pies, heridas mal atendidas, latigazos, mordeduras, quemaduras de cigarro, fracturas o laceraciones inexplicables; y en la conducta, se muestran auto-destructivos, con temor hacia sus padres, lloran con frecuencia, se aíslan y son tímidos, parecen deprimidos o a veces agresivos, dan la impresión de que no quieren o temen ir a su casa.

El **abandono físico** es otra categoría de maltrato que se distingue por la mala alimentación, ropa inadecuada al clima o desgarrada y sucia, apariencia desaseada, falta de atención médica, fatiga o sueño, y además, el niño es rechazado por sus compañeros a causa de su mal olor.

La tercera categoría se refiere al **abuso o abandono emocional**. En este caso los niños tienden a deprimirse, externar actos cuando no deben y a desconfiar de su propia capacidad para controlar sucesos importantes de su vida.

El **abuso sexual** es difícil de detectar, pero puede determinarse si el niño presenta dolor genital o abdominal, manifiesta conducta sexual o lenguaje impropios de su edad, temor excesivo a ser tocado, pesadillas, falta de control, depresión y ansiedad, ingiere sustancias químicas,

presenta cambio de conducta, modifica sus relaciones con sus padres, trae la ropa interior desgarrada, sucia o con sangre, tiene dificultad para caminar o sentarse, muestra contusiones o hemorragia en los genitales externos, tiene infecciones urinarias frecuentes, su autoestima es pobre, está propenso al suicidio, histeria y falta de control emocional. Las víctimas de esta categoría son en su mayoría niñas.

Es muy probable que los maestros ejerzan una influencia positiva en el niño maltratado o descuidado, siempre y cuando puedan reconocer el problema. El maltrato puede asumir cuatro categorías: maltrato físico, abuso sexual, abuso y abandono emocional, y abandono físico.

La mayoría de los padres **negligentes e indiferentes** que no cooperan con la escuela para resolver el problema de conducta de sus hijos, pueden ser padres de un niño maltratado.

Claro está que en muchos casos, este comportamiento puede provenir de falta de motivación, carencia de habilidades parentales, antecedentes de uno de ellos como niño maltratado, una angustiante situación económica o de salud, o muchas otras causas.

Finalmente, debe usted saber que la legislación de muchos países contempla esta situación y ha estructurado mecanismos para la defensa y apoyo de este tipo de niños.

ALGO MÁS

Los estudios pediátricos sobre el **síndrome del niño maltratado** y los informes gubernamentales sobre violencia familiar, denuncian el hecho de que algunos padres agreden a sus propios hijos. Malos tratos, abandono y explotación son algunas de las conductas frecuentes, las cuales, según algunos investigadores, pueden deberse a factores individuales, familiares o sociales. En términos generales, las características conductuales que presenta el niño víctima del maltrato suelen ser: pasividad, retraimiento, temor y vigilancia.

Esquizofrenia en la niñez

¿SABÍA USTED...?

También son manifestaciones de la esquizofrenia, el deterioro de un nivel previo de funcionamiento en el trabajo, relaciones sociales y cuidado personal.

Algunos niños manifiestan síntomas semejantes a los de adultos diagnosticados como **esquizofrénicos**; afortunadamente esto es muy raro, pues de cada 10 mil menores sólo se detectan 3 ó 4 casos.

Entre los síntomas que presentan los afectados se incluyen dificultades de razonamiento, percepciones deformadas del ambiente, inadecuación interpersonal y falta de control de las ideas, el afecto y la conducta.

Aunque todavía no se ha determinado totalmente el origen de esta grave alteración, se han propuesto como causas las relaciones perturbadas entre madre e hijo y un trato negativo por parte de madres denominadas como **generadoras de esquizofrenia**, fallas dentro de la comunicación familiar, factores genéticos, anormalidades bioquímicas así como estrés provocado por el ambiente.

De entre los posibles orígenes, los factores **biogénicos** en combinación con aspectos ambientales constituyen la opinión más aceptada; incluso se afirma que mientras mayor sea la predisposición biogénica a la esquizofrenia, es más fácil que se presente esta alteración ante el más mínimo **estrés psicosocial**, en contraposición con niños que por no tener esa propensión, pueden manejar adecuadamente la desorganización familiar grave y las presiones ambientales.

Ninguno de los métodos utilizados para tratar la esquizofrenia ha servido de mucho para resolver la **psicopatología** fundamental del niño con este mal. Los procedimientos específicos consisten en **terapias psicodinámicas, estrategias conductuales** así como el uso de **fármacos antipsicóticos** semejantes a los administrados a los adultos.

Es verdad que ayudan a controlar los síntomas, pero producen efectos sedantes por las dosis requeridas, y

ALGO MÁS

Para diagnosticar esquizofrenia, los síntomas deberán permanecer por lo menos durante un lapso continuado de 6 meses, en el cual se presentará una fase activa con los signos mencionados anteriormente, sin menoscabo de que alguno de ellos permanezca aún después del término señalado.

pueden dificultar que el niño aproveche tratamientos simultáneos, esenciales para mejorar su capacidad de funcionamiento.

En lo que corresponde al tratamiento psicodinámico, que recomienda la creación de una atmósfera **permissiva** y de confianza donde el niño se sienta libre para desahogar sus síntomas **psicóticos**, no hay suficiente evidencia de su eficacia.

La terapia conductual ha resultado útil para atender las deficiencias de conducta y las conductas **inadaptativas** de estos niños, pero nada más. De hecho, ninguno de los dos procedimientos logra restablecer el nivel de funcionamiento normal.

¿SABÍA USTED...?

Manifestaciones de los trastornos esquizofrénicos

- Ideas delirantes extravagantes como la de ser controlado o la de difusión, imposición o robo del pensamiento.
- Ideas delirantes de grandeza, religiosas o **nihilistas**.
- Ideas delirantes persecutorias y de celos, acompañadas de alucinaciones.
- Alucinaciones auditivas, con la supuesta presencia de una voz que comente acerca de la conducta o ideas de la persona, o voces conversando entre ellas.
- Alucinaciones auditivas con más de una o dos palabras, sin relación con depresión o euforia.
- Incoherencia, pérdida notable de la capacidad de asociar, pensamiento ilógico o pobreza excesiva del contenido del lenguaje, unidos al embotamiento del afecto, ideas delirantes, alucinaciones o conducta gravemente desorganizada.

Enuresis y encopresis

¿SABÍA USTED...?

Los métodos de tratamiento de la enuresis consisten en la administración de fármacos, que aunque logran una reducción significativa en la frecuencia con que mojan la cama, al suspenderlos, casi todos los niños vuelven al estado anterior. El tratamiento conductual más empleado es el de **timbre y cojín**, donde el niño duerme sobre un cojín que al humedecerse activa un timbre que despierta al niño.

La **enuresis** consiste en la falta de control del niño sobre su orina a una edad en la cual ya debiera tenerlo. El control diurno se consigue a los 3 ó 4 años, y el nocturno, a los 4 ó 5 años. La enuresis más común es la nocturna. Abarca dos categorías: los casos en que los niños nunca han tenido control sobre la **emisión** de orina, y aquellos en que lo han llegado a tener, pero lo han perdido.

No se cuenta con información clara sobre las causas que la originan; se habla de factores genéticos, sueño profundo, discapacidad funcional de la vejiga, factores neurológicos, conflictos internos y experiencias fallidas en aprendizajes y en control de **esfínteres**. Sin embargo, hay evidencias de que la mayoría de los niños afectados no muestran signos significativos de **perturbación** emocional.

La **encopresis** se manifiesta cuando el niño defeca voluntaria o involuntariamente, sin que se deba a una alteración física y a partir de los 4 años de edad. También engloba dos categorías, los que nunca han logrado controlar sus esfínteres (**encopresis continua**) y los niños que habían logrado este control para después perderlo (**encopresis discontinua**) y volverse incontinentes.

Las causas pueden deberse a un entrenamiento descuidado en el control de esfínteres dentro de la primera categoría, o por el contrario, provocada por entrenamiento inflexible y estresante, el cual, por su carácter **coercitivo** hace que el niño experimente ansiedad exagerada relacionada con este control, temores al retrete o conflictos graves con sus padres, por lo que no logra aprender las habilidades esenciales o se siente poco motivado para hacerlo. También pueden contribuir el **estreñimiento**, las **deposiciones** endurecidas o el negarse a ir al baño. La **enuresis** puede provocar serios conflictos al niño cuando se orina en el transcurso de la clase o en el periodo de descanso. Si se trata de encopresis, la situación será peor, por el rechazo que sufrirá por parte de sus compañeros.

ALGO MÁS

En la encopresis se emplean **métodos conductuales** de tipo **operante**, en los que se refuerza positivamente al niño por sentarse en el retrete y defecar, o se aplican castigos leves por evacuar inconvenientemente. Estos métodos se complementarán con el empleo de **supositorios** que estimulan la actividad intestinal.

Parálisis cerebral

Los niños afectados por la parálisis cerebral constituyen el grupo más grande de pacientes con deterioro físico que presentan graves problemas dentro de la educación escolarizada normal y que por lo tanto, requieren de **educación especial**.

Literalmente el término significa parálisis del cerebro y consiste en un trastorno no progresivo del movimiento o la postura, que se inicia en la niñez debido a un mal funcionamiento o daño del cerebro (**disfunción cerebral**). Entre los múltiples factores que pueden provocarla, antes, durante o después del nacimiento, se encuentran: anoxia, infección, intoxicación, hemorragia, trauma, fiebre y parto prematuro.

El deterioro físico resultante, puede ser desde muy leve hasta tan severo que imposibilita profundamente al afectado. Se estima que entre 1 y 2 niños por cada 1000, sufren este trastorno.

Se dispone de dos sistemas de clasificación para este tipo de trastorno: uno que se basa en el tipo de incapacidad motriz (temblor, rigidez, espasticidad, etc.) y otro que se refiere a los miembros o zonas afectadas (hemiplejía, paraplejía y otras). Si se combinan ambos sistemas y además se complementan con una dimensión de **lateralidad**, ofrecen una descripción comprensible del problema; por ejemplo: **hemiplejía espástica izquierda**.

Los problemas educativos para estos niños dependen de varios factores. Algunos poseen inteligencia normal o sobre el promedio, en tanto que la mayoría está bajo promedio o son retrasados mentales. Muchos sufren de otros deterioros que tal vez afectan la audición, visión, percepción, lenguaje o conducta. Considerando que la parálisis cerebral provoca deterioro motor, puede ser necesario emplear equipo o instalaciones especiales, además de un grupo profesional multidisciplinario.

¿SABÍA USTED...?

Trastornos derivados de la parálisis cerebral según los miembros o áreas afectadas

- **Hemiplejía:** extremidades superior e inferior en el mismo lado.
- **Diplejía:** piernas más afectadas que los brazos.
- **Cuadriplejía:** las cuatro extremidades afectadas.
- **Paraplejía:** afectadas sólo las piernas.
- **Monoplejía:** una extremidad afectada.
- **Triplejía:** tres extremidades afectadas; casi siempre un brazo y ambas piernas.

ALGO MÁS

Trastornos provocados por la parálisis cerebral según el tipo de incapacidad motriz

- **Espasticidad:** los músculos se contraen involuntariamente al tratar de moverlos o estirarlos.
- **Atetosis:** movimientos involuntarios, espasmódicos, desorganizados y retorcidos; el movimiento coordinado intencional es imposible.
- **Ataxia:** no hay coordinación y los movimientos necesarios para el equilibrio, posición en el espacio y postura, son torpes.
- **Temblor:** sacudidas rítmicas e involuntarias de las extremidades.
- **Rigidez:** tensión muscular difusa y continua.

Epilepsia

¿SABÍA USTED...?

El **ataque jacksoniano** es un ejemplo de otra de las manifestaciones de la epilepsia. Se conoce como **ataque focal** e implica una descarga en una parte determinada del cerebro que ocasiona un efecto motor o sensorial específico. Se caracteriza por movimientos rítmicos que empiezan en una parte del cuerpo y se extienden progresivamente a otras.

Este trastorno generalmente está clasificado como un deterioro de la salud, y al igual que las alergias y asma, cáncer, fibrosis quística, diabetes mellitus, problemas cardíacos, hemofilia y la anemia de células falciformes, es de tal magnitud, por las características de sus ataques de naturaleza **convulsiva**, que interfiere con la asistencia a la escuela o el aprendizaje de los niños afectados.

La epilepsia se define como un trastorno con episodios **recurrentes** (que se presentan periódicamente) de ataques. Se estima que entre el 0.15 y el 1 por ciento de la población infantil sufre alguna de las formas que asume este mal.

El trastorno puede presentarse por cualquier suceso que ocasione un daño cerebral, como lesiones, anoxia, trauma, envenenamiento o tumores.

Cuando es posible identificar las causas se le llama **epilepsia sintomática**; pero si, como en la mayoría de los casos, las causas no son claras, se le denomina **epilepsia idiopática**. De cualquier forma, se ignora cuáles pueden ser los factores que desencadenan los ataques.

Estos ataques, que pueden identificarse como descargas anormales de energía eléctrica, pueden ser **generalizados**, cuando no tienen una localización definida; **parciales**, si la descarga está localizada; y **diversos**, si están relacionados con fiebre alta u otra causa.

Son muchas las ideas erróneas que aún persisten en relación con la epilepsia. Los niños que la padecen son estigmatizados, pues se llega a pensar que se trata de enfermos mentales o que su mal es contagioso.

Los que contemplan un ataque convulsivo se sienten impresionados y asustados, sobre todo si no conocen bien la naturaleza del ataque.

ALGO MÁS

Otro ejemplo es el ataque **psicomotor**, donde se observan conductas inadecuadas que son socialmente inaceptables, tales como el habla incoherente, indebida o violenta.

Al respecto, es posible asegurar que un epiléptico no es más propenso que los demás a sufrir una enfermedad mental. Su desenvolvimiento es normal dentro de los periodos que van de un ataque a otro. Sólo un 10 por ciento de los afectados presentan retraso mental y el resto poseen una inteligencia promedio o aun superior.

La mayoría de los ataques pueden ser controlados total o parcialmente con medicación adecuada.

La ayuda que un maestro puede prestar a un niño epiléptico consiste en ponerlo a salvo durante el ataque, reorientar la conducta del grupo en relación con el afectado y prepararlo para enfrentar los problemas de aprendizaje que pudieran presentarse.

ALGO MÁS

El **ataque tónico-clónico generalizado** es el que comúnmente se asocia con la epilepsia. Quien lo sufre emite un grito, pierde la conciencia y el equilibrio y sufre contracciones musculares de extremidades, tronco y cabeza. Puede presentar contorsiones faciales, respiración pesada, transpiración, espuma en la boca, pérdida del control de la vejiga y de los intestinos. Pasados unos 5 minutos como máximo, el epiléptico cae en un sueño profundo seguido por un sueño normal. Al recuperar la conciencia, es posible observar desorientación, depresión, amnesia del ataque, náusea, dolores y agotamiento. A veces el ataque va precedido por un aura o percepción sensorial poco usual. Pueden producirse lesiones físicas si la persona se golpea al caer o convulsionarse.

Otra forma que asume la epilepsia se manifiesta por los **ataques de ausencia**, que pueden afectar el progreso educativo del niño ya que consisten en la suspensión momentánea de toda actividad. Con frecuencia se confunden con falta de atención o mala conducta. La pérdida de la conciencia puede durar desde unos cuantos segundos hasta medio minuto.

Los padres y los problemas de aprendizaje

Tener un hijo con problemas de aprendizaje puede llegar a ser angustiante para cualquier padre, no sólo en el momento en que se dé cuenta del trastorno, sino a todo lo largo del crecimiento del niño y aún después. Lo anterior es una justificación más que suficiente para que los padres de un escolar con este tipo de problemas se preparen adecuadamente e intervengan en algún programa educativo-correctivo diseñado para su hijo.

El tiempo en que el médico, el psicólogo o el maestro aconsejaban a los padres esperar para ver si el niño superaba su problema por sí solo, ha quedado muy atrás. El impacto de la conducta de éstos es tan profundo que no sólo influye en la inteligencia sino que incluso afecta el ritmo de los progresos neuromotores que van presentándose en el infante.

Existen padres que se percatan tempranamente de que algo malo le ocurre a su hijo y deciden actuar de inmediato, pero otros encuentran muy difícil aceptar que padece algún tipo de incapacidad. Esta actitud negativa se convierte frecuentemente en la causa de que el niño no reciba la atención necesaria durante los primeros años, cuando es mayor la eficiencia de las medidas correctivas.

Por ello, es imperioso un cambio en la actitud paterna y que éstos se procuren la mayor información sobre este aspecto; sobre todo porque si hay algunos trastornos muy evidentes, hay otros más sutiles y difíciles de detectar. Casi siempre pasan inadvertidos ciertos atrasos o desviaciones del desarrollo infantil debido a que los progenitores carecen de los conocimientos básicos y hasta de oportunidades para comparar su progreso con el de otros niños. Además, aquellos pocos que pueden detectar con facilidad ciertos trastornos en otros niños, tal vez pasen por alto en su propio hijo alguna cojera, un retraso en el habla o un deterioro visual ligero.

La actuación del maestro ante un problema de aprendizaje

Debido a que numerosos padres no aceptan que su hijo padece un problema de aprendizaje, es esencial la función de los maestros para detectar estas anomalías. Desde luego que tendrán que ser muy cautos al decidir cuáles alumnos pueden requerir atención por alguna supuesta incapacidad. Deben concretarse a observar cuidadosamente a los niños y alertar a los padres de quienes podrían necesitar ayuda adicional.

Antes de alarmarlos innecesariamente, los maestros deben estar conscientes de que algunas habilidades de desarrollo pueden depender de la comunidad donde vive el escolar y que un juicio personal sobre trastornos tal vez está influenciado por aspectos culturales o educativos. Si al niño se le etiqueta como incapacitado se puede dañar su autoestima y si no lo es en realidad, pudiera llegar a serlo. Se debe tener presente que las bajas expectativas pueden generar un bajo rendimiento.

El maestro tendrá que registrar de modo sistemático sus observaciones acerca de la conducta u otros rasgos que manifiesten sus alumnos y para ello, deberá conocer bien cuáles son las conductas relacionadas con el desarrollo que se consideran adecuadas para cada edad, y cuáles pueden llegar a ser problemáticas.

Es bueno que recuerde que aun entre escolares normales se presentan grandes diferencias en el ritmo del crecimiento físico, social e intelectual y que sólo aquellos que parezcan ir muy a la zaga de sus compañeros en algunos de los aspectos básicos del desarrollo, requerirán de un diagnóstico más preciso que pueda determinar el tipo de problema que sufren y la ayuda que necesitan.

Finalmente, cabe hacer notar que además de su participación en la detección de algún problema de aprendizaje, actualmente se aprecia una tendencia hacia

Recomendaciones finales

la localización temprana de lactantes con incapacidades. Se calcula que un 6.8 por ciento de los bebés afectados pueden ser identificados en el momento del nacimiento o un poco después; esto, y las técnicas de evaluación postnatal permitirán que de manera oportuna se les proporcione la atención adecuada.

Sin embargo, por su permanente contacto con el niño, por las características de la labor que desarrolla y sobre todo, por su gran capacidad de observación, siempre será el maestro quien podrá detectar a tiempo, alguna alteración dentro del desenvolvimiento integral de alguno de sus alumnos.