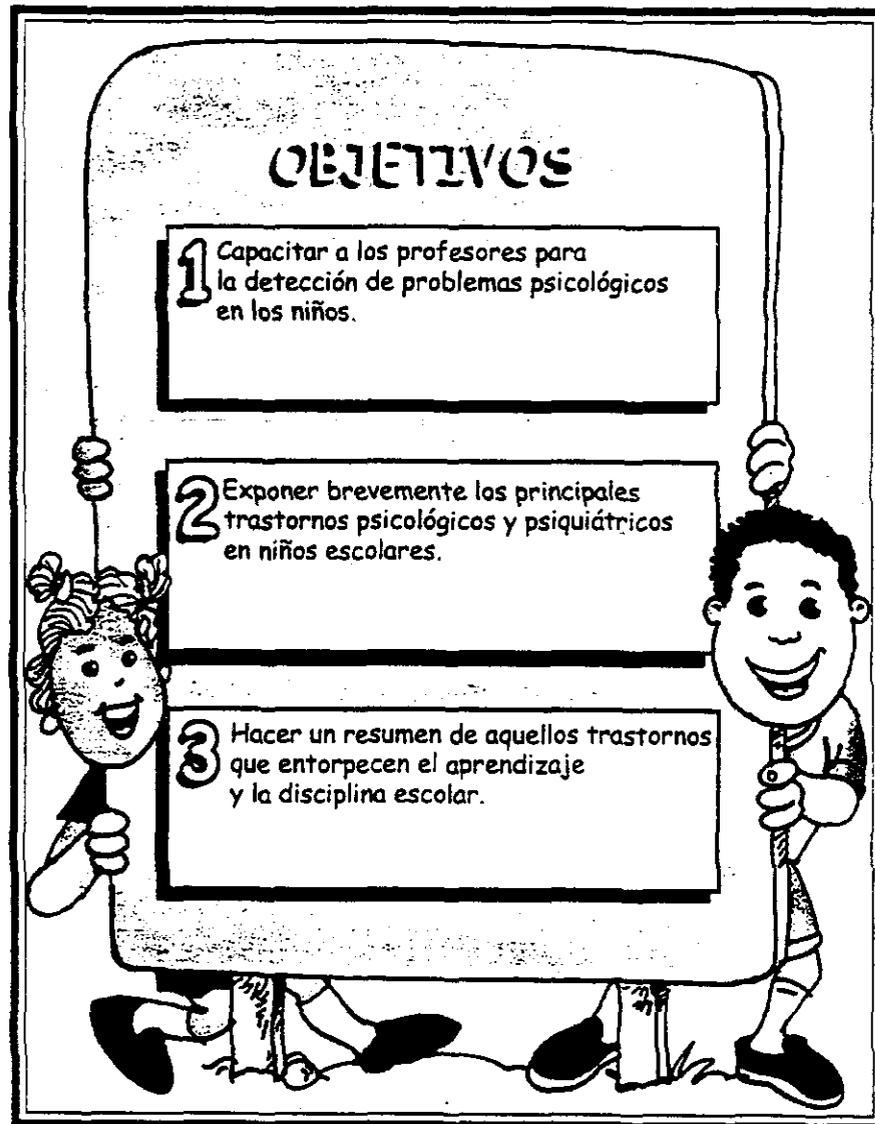


5

CAPÍTULO

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS EN NIÑOS



TEMAS

1.- Trastornos hiperkinéticos	129
2.- Trastorno disocial	130
3.- Trastornos emocionales	132
4.- Trastornos de relación en la infancia causados por situaciones de abuso y maltrato	132
5.- Depresiones en niños y niñas	134
6.- Pica	136
7.- Problema de aprendizaje	136
8.- El retraso mental	139
9.- El retraso mental leve	139
10.- Retraso mental moderado	140
11.- Retraso mental grave	140

Entre los trastornos psicológicos que más afectan a los niños y niñas en su proceso de aprendizaje, conducta y disciplina están:

- Los trastornos hiperkinéticos
- Los trastornos disociales y otros trastornos del comportamiento
- Los trastornos emocionales
- Los trastornos de relación producidos por situaciones de abuso y maltrato
- Las depresiones
- Los problemas generales y específicos del aprendizaje
- El retraso mental

Trastornos hiperkinéticos

El niño o niña hiperkinético o hiperactivo, se caracteriza por una conducta de constante movimiento e inquietud, acompañado de un grave déficit de atención y/o de

trastornos en el control de los impulsos, tanto en el aula como en las diversas situaciones en las que interactúa. Los niños y niñas que padecen este trastorno no pueden permanecer sentados, escuchar por mucho tiempo ni concentrarse. Les resulta muy difícil realizar una tarea hasta el fin; incluso tienen dificultades para ver televisión, pues tienen problemas con la actividad, con la atención y con el control de los impulsos. Su actividad es desorganizada y excesiva. Tienen conductas desinhibidas y a menudo actúan con falta de prudencia.

Estos niños y niñas suelen tener problemas de aprendizaje, debido a su poca atención; y son indisciplinados sin proponérselo. No caen bien a los otros niños y niñas, ni a los profesores y desesperan a sus padres y madres por su inquietud y constantes movimientos.

Al ser rechazados, desarrollan complicaciones secundarias como son: comportamiento disocial, antisocial, agresividad y baja estimación de sí mismos. Su prevalencia entre diversos estudios lo sitúan entre el 3 y 7% de los niños y niñas.

Si estos niños y niñas reciben tratamiento psicológicos y farmacológico, pueden controlar sus movimientos, mejorar su atención y su conducta, y aumentar el rendimiento escolar.

De ahí la importancia de que los padres, y maestros identifiquen este trastorno a tiempo y lo refieran a tratamiento profesional.

Trastorno disocial

Los trastornos disociales en la infancia se caracterizan por un comportamiento antisocial, agresivo o retador

persistente y reiterado. La mala conducta en estos casos es diferente a las rabietas de los niños y niñas o la rebeldía del adolescente. No pueden ser calificados como trastornos disociales, incluso los actos criminales aislados. Lo importante para calificar de disocial una de las malas acciones en el niño y la niña es que se trate de una conducta reiterada a través del tiempo.

Conforme al CIE-10 «Las formas de comportamiento en que se basa el diagnóstico pueden ser de los siguientes tipos: Grados excesivos de peleas o intimidaciones; crueldad hacia otras personas o animales; destrucción grave de pertenencias ajenas, incendio, robo y mentiras reiteradas; faltas a la escuela y fugas del hogar; rabietas frecuentes y graves; provocaciones, desafíos y desobediencias graves y persistentes.

Cualquiera de estas categorías, si es intensa, es suficiente para el diagnóstico, pero los actos disociales aislados no lo son». ⁽¹⁾

Estos trastornos ofrecen variantes en su forma de presentación. Podemos hablar, por ejemplo, del trastorno disocial limitado al contexto familiar y el trastorno disocial en niños y niñas no socializados, que se presenta en aquellos que tienen dificultades para relacionarse con otros niños y niñas o adultos. A veces este trastorno se muestra a través de conductas desafiantes y opositoras hacia sus tutores y profesores(as) en ausencia de otras conductas disociales.

Existe también el trastorno disocial mixto, asociado a la depresión, ansiedad u otras alteraciones emocionales.

⁽¹⁾ Cfs OMS. Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10), y Criterios y Diagnósticos de Investigación. Pág. 200-201, Meditor, 1993, Madrid, España.

Trastornos emocionales

Estos constituyen un grupo de trastornos entre los cuales el CIE-10, incluye los *Trastornos de ansiedad fóbica en la infancia*, caracterizado por un miedo intenso y específico a algo, acompañado de ansiedad, que impide al niño y la niña una vida social normal.

Se encuentran también los *Trastornos de hipersensibilidad social*, miedo intenso a los extraños, que conduce a una conducta de evitación, dificultándole entrar en contacto social.

Todos los niños y niñas tienen un cierto grado de timidez, lo que se considera normal.

Trastornos de relación en la infancia causados por situaciones de abuso y maltrato

Los niños que son descuidados en sus atenciones por sus padres y madres o tutores; los que son víctimas de algún tipo de maltrato, negligencias, abandono o abuso sexual, pueden, a menudo, desarrollar un síndrome cuyas características se expresan de formas variadas.

No todos los niños y niñas abusados lo presentan; ni siempre que se presenta es por abuso; sin embargo, suele presentarse este síndrome vinculado al abuso infantil.

Se caracteriza porque los niños y niñas que lo sufren tienen dificultades para relacionarse con los adultos, in-

clusivo con otros niños y niñas, mostrándose retraídos y con síntomas de tensión, preocupaciones incontrolables y apatía. El niño o niña suele tener respuestas agresivas si percibe que le pueden hacer daño; o mostrar hipervigilancia, es decir, no dejarse tocar o acariciar, pues esto le genera temor y/o ansiedad evidente.

Los niños y niñas que están siendo objeto de abusos, pueden tener un comportamiento variable y con mucha labilidad afectiva, es decir, salir de un comportamiento agresivo a otro de sumisión, o viceversa.

A veces tienen problemas de aprendizaje, por su falta de atención y concentración, debido a su retraimiento y distracción. Estos niños y niñas, por lo común, no participan de los juegos y se muestran tristes o de mal humor. Pueden sentirse culpables y tener una estima baja; o también, tener bajo peso y retraso en su desarrollo físico.

En estos casos, los maestros deberán explorar la posibilidad de que el niño o niña esté siendo víctima de abuso y maltrato físico, emocional y/o social.

Los niños y niñas que sufren de negligencia, se muestran descuidados y sucios, llegan tarde a la escuela y no realizan su tarea, los que padecen maltratos físicos pueden presentar signos de haber sido golpeados, moratones etc. Y los que son abusados sexualmente infecciones, desgarramientos, sangrados y supuraciones en sus órganos sexuales, más difíciles de identificar. Todos los niños abusados pueden estar sometidos a presiones psicológicas para que no hablen, por parte del abusador. Pero los profesores, si lo sospechan, pueden establecer con el niño o niña una relación empática y acogedora, que le permita decir lo que le está ocurriendo, en un ambiente de protección.

Depresiones en niños y niñas

La preocupación por especificar las características diagnósticas que asume la depresión en niños y niñas, es reciente. Esta preocupación se ha venido incrementando en los últimos cuarenta años del sigloXX.

La depresión en los niños se hace siempre que muestre los síntomas que establece el diagnóstico en adultos:

1. Tiene que tener un humor depresivo (es decir tristeza o mal humor).
2. Una marcada disminución de la capacidad de disfrutar de las cosas.
3. Un cansancio o fatiga exagerada.
4. Pérdida o disminución de la capacidad de concentración y la atención.
5. Trastorno del sueño.
6. Trastorno del apetito.
7. Pesimismo.
8. Culpa.
9. Pérdida de la confianza en sí mismo.
10. Ideas suicidas

En los niños y niñas, la depresión asume formas variadas y poco estructurada de presentarse. Puede estar asociada a otros cuadros clínicos: por ejemplo, a un trastorno emocional, o un trastorno de relación con abuso y maltrato y a diversos trastornos de conducta. En el taller convocado para validar el proyecto de intervención para asistir a niños y niñas víctimas de desastres, se establecieron las siguientes características relevantes que pueden asociarse a la depresión infantil.

«En los niños y niñas, la depresión puede presentar los síntomas clásicos, tales como: falta de interés, tristeza

generalizada, lloro frecuente, baja autoestima, trastornos asociados con el sueño (temor nocturno, pesadillas, vigilia, insomnio, etc.) trastorno de la alimentación (inapetencia, bulimia, etc.), irritabilidad, mal humor, etc.

Pero también puede manifestarse enmascarada o de modo diferente a los adultos, siendo también indicadores de la depresión en niños y niñas las siguientes alteraciones del comportamiento: irritabilidad, bajo rendimiento escolar, aislamiento, ansiedad, alteración del umbral del dolor y quejas somáticas (tengo dolor de cabeza, de garganta, de espalda, dolor de estómago, náuseas etc.), aburrimiento persistente, rebeldía, fatiga, distracciones y actitudes taciturnas, caprichos, cambios temporales de la personalidad, miedo patológico a la escuela, retardo en su desarrollo psicomotor, trastornos de conducta y tendencias delictivas, fantasías con fondo de desaliento desesperanza y pesimismo. Es importante identificar esta desesperanza en el niño y la niña, pues ella influye en su proyecto de vida.

La depresión puede estar acompañada de conductas suicidas. El suicidio es una de las cinco principales causas de muerte en adolescentes. En la encuesta de prevalencia de síntomas y estados psicológicos y psiquiátricos en Azua, San Juan y Barahona, se encontró que el 6% de los niños y niñas encuestados tenía ideas suicidas o había realizado un intento de suicidio; y en la encuesta realizada por el Consejo Nacional de Droga, se encontró que el 6.3% de los adolescentes escolares de secundaria tenía ideas suicidas o había intentado quitarse la vida, en los últimos doce meses anteriores a la encuesta, en Azua. Y de 3.6% en San Juan de la Maguana, más

frecuente en hembras que entre varones. Esta encuesta abarcó todo el país.

Pica

Es un trastorno de la ingestión de alimentos.

Es la ingestión persistente de sustancias no alimenticias, durante un periodo de, por lo menos, un mes.

Los niños y niñas pequeños pueden comer pintura, yeso, arena, ropas, etc. Los de más edad pueden ingerir hojas, insectos, tierra o estiércol. La ingestión de pintura es tóxica por el plomo, lo cual daña el desarrollo del cerebro.

Los niños y niñas que padecen este trastorno no rechazan los alimentos “normales”, para la cultura de que se trate.

Se asocia con mucha frecuencia a retraso mental. La pobreza, el abandono y la negligencia de los padres y madres, aumentan el riesgo de este trastorno. En algunos casos esta compulsión puede estar asociada a una falta de vitaminas y minerales, sobre todo hierro. Puede durar varios meses y luego remite.

Problemas de aprendizaje

El CIE-10, sitúa entre los trastornos del desarrollo psicológicos en niños los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, compuestos por trastornos específicos de la comprensión, pronunciación y de la expresión del lenguaje y otros inespecíficos, los cuales influyen en la capacidad de aprendizaje del niño.

Pero establece los trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar, los cuales son: el trastorno

específico de la lectura; trastorno específico de la ortografía; el trastorno específico del cálculo y los trastornos mixtos del aprendizaje escolar.

Desde el punto de vista de la psicopedagogía —que es lo más importante destacar en un resumen para maestros— los los **Problemas de Aprendizaje** más habituales se pueden agrupar, en base al desarrollo de destrezas de las funciones básicas, en cuatro áreas de dificultad específicas para el aprendizaje de la lecto-escritura y el del cálculo, éstas son:

1. **La dislexia**, o dificultad para adquirir la lectura comprensiva por alteración u omisión de letras o alteración del orden de las mismas. Está íntimamente relacionada con la capacidad de atención, discriminación de colores, formas, esquema corporal, equilibrio dinámico y estático, nociones espaciales y temporales, la dificultad en la ordenación, seriación, establecimiento de analogías y diferencias, correcta pronunciación, adquisición de sílabas compuestas, directas e inversas.

2. **La disgrafía**, o dificultad para escribir correctamente. Requiere una rítmica y adecuada coordinación entre movimiento y tiempo.

3. **La disortografía**, o dificultad para escribir sin faltas ortográficas.

4. **La discalculia** o dificultad para el cálculo. Existe una estrecha relación entre el pensamiento matemático y la evolución psíquica, de manera que los ejercicios de cálculo deben ser adecuados al momento madurativo del niño o de la niña. La memoria y percepción visual y auditiva, la capacidad de seguir ritmos y seriaciones, la capacidad de abstracción, el esquema corporal, la lateralidad, las no-

ciones espaciales y temporales, la atención y capacidad de evocación, la capacidad de comparación y agrupación de objetos y el grafismo, son habilidades sensoriales, de percepción y motrices íntimamente relacionadas con esta dificultad de aprendizaje.

Estas áreas de deficiencia de las funciones básicas afectan tanto al campo cognitivo como al desarrollo conductual y emocional de niños y niñas.

Es necesario comprender que los niños y las niñas tienen diversidad de necesidades, destrezas y habilidades y que responden al proceso de enseñanza-aprendizaje de manera diferente. Aún siendo niños y niñas normales pueden tener un ritmo de aprendizaje diverso y heterogéneo.

La recuperación pedagógica de estos pasa por el desarrollo de las destrezas y habilidades tanto motrices como cognitivas que se encuentren retrasadas. Esto se puede lograr siguiendo 8 normas básicas:

- Devolver al niño o niña la confianza en sí mismo y en sus capacidades, valorando sus éxitos por encima de sus fracasos.

- Estimular el gusto por el aprendizaje de la lecto-escritura y el cálculo, desarrollando ejercicios atractivos en un ambiente agradable.

- Fortalecer las áreas débiles con ejercicios de dificultad progresiva, que constituyan un reto pero que no sobrepasen su capacidad.

- Facilitar cambios en la estructura conductual del niño o la niña, valorando los progresos que haga el niño o la niña por pequeños que estos sean.

- Promover el desarrollo de destrezas hasta ahora ocultas, fomentando su interés por aprender nuevos conocimientos

ASISTENCIA PSICOLÓGICA A NIÑOS VÍCTIMAS DE DESASTRES

- Ayudar al niño o la niña a enfrentar nuevas experiencias
- Tener mucha constancia en el trabajo, sabiendo que la constancia ideal requerida en su ejercitación es de una hora diaria.
- Y finalmente tener paciencia, ya que por lo regular el tiempo de duración de la recuperación de las dificultades de aprendizaje va de uno a tres años.

El Retraso Mental

En el Retraso Mental, la persona tiene un desarrollo mental incompleto, a nivel de inteligencia, motriz, afectiva y en su socialización.

Se clasifica en:

Leve

Moderado

Grave

El Retraso Mental Leve

El retraso mental leve, no le impide a quien lo padece desarrollar una vida dentro de cierta normalidad, si el sujeto no se coloca en posición de mucha competencia, ni se le realizan excesivas demandas escolares y sociales. Los niños y niñas con este trastorno se pueden beneficiar de asistir a la escuela, junto a niños de inteligencias normales. Si se entrena, el profesor o profesora puede manejar un grupo de estos niños y niñas dentro del aula.

Su coeficiente de inteligencia (CI) está entre 50-59.

Retraso Mental Moderado

Constituye aproximadamente el 10% .

No pasan más del 2do. Curso de primaria. Se pueden adaptar a la vida en comunidad, pero tienen dificultad para reconocer las correcciones sociales y las normas. Pueden aprovecharse de una formación laboral concreta. Su coeficiente de inteligencia (CI) está entre 35 – 55

Retraso Mental Grave

Los retrasados mentales graves y profundos, se benefician poco del aprendizaje escolar; aunque pueden aprender a conocer algunas palabras globales y asumir algunas normas de comportamiento, aunque sin mucha conciencia.

Su coeficiente de inteligencia está por debajo de 35. CI; entre 20-35.

Hay que recordar que los coeficientes de inteligencia son promedios estadísticos establecidos con *test* de inteligencia que no son muy confiables en niños; y cuyos resultados deben ser interpretados en el contexto de la evaluación global del niño y, sobre todo no da cuenta del conjunto de la potencialidades de las capacidades que puede desarrollar el ser humano, pues se conoce, que estas personas pueden tener actitudes y capacidades en otras áreas emocionales de su inteligencia que pueden trabajarse, en el proceso educativo.

Constituyen aspectos que se conocen con el nombre de *inteligencia emocional*.