

Curso de capacitación para educadores Cristianos infantiles

Distribuido por:



*“Para el desarrollo ético moral
y espiritual en los niños de hoy”*



Tema 1. El alumno

1.2. Psicología y pedagogía del alumno.

PROFESOR

Dr. José Luis Fortes Gutiérrez

www.fundacionvolveranacer.org

Sumario

Lecciones anteriores:

Tema 1. El alumno

1.1. Razones e importancia de la enseñanza de la Palabra de Dios a los niños

Lección segunda:

1.2. Psicología y pedagogía del alumno

1.2.1. Características de las diferentes etapas de la vida

- 1.2.1.1. Características de los prenatales (antes de nacer)
- 1.2.1.2. Características de los bebés (de 1 a 2 años)
- 1.2.1.3. Características de los párvulos (de 2 a 3 años)
- 1.2.1.4. Características de los principiantes (de 4 a 6 años)
- 1.2.1.5. Características de los primarios (de 7 a 9 años)
- 1.2.1.6. Características de los primarios superiores (de 10 A 12 años)
- 1.2.1.7. Características de los intermedios (de 13 a 14 años)
- 1.2.1.8. Características de los jóvenes (de 15 a 18 años)
- 1.2.1.9. Características de los jóvenes mayores (de 19 a 24 años)
- 1.2.1.10. Características de los adultos (de 25 años en adelante)

1.2.2. Trastornos de la conducta en la infancia

- 1.2.2.1. Hiperactividad
- 1.2.2.2. Trastornos del aprendizaje
- 1.2.2.3. Agresividad
- 1.2.2.4. Tratamiento de la desobediencia
- 1.2.2.5. El mal humor
- 1.2.2.6. Niños superdotados
- 1.2.2.7. La depresión infantil
- 1.2.2.8. La esquizofrenia en la infancia
- 1.2.2.9. El niño autista
- 1.2.2.10. Síndrome de Asperger
- 1.2.2.11. Síndrome de Down

1. Características de las diferentes etapas de la vida

1.1. Características de los prenatales (antes de nacer)

FÍSICAS	MENTALES	SOCIALES	ESPIRITUALES/EMOCIONALES
En los primeros tres meses es muy vulnerable. Los hábitos higiénico-sanitarios de la madre serán determinantes para su sano desarrollo. Desde los seis meses está plenamente formado. Pueden dar respuestas físicas a estímulos (reflejos condicionados).	La actitud desfavorable de la madre hacia el hijo que espera puede crearle problemas al nacer de tipo alimentario, vientre flojo, flatulencias dolorosas, insomnio... Un niño neurótico al nacer es el resultado de un medio ambiente fetal insatisfactorio.	De alguna manera perciben el calor y afecto del entorno exterior que les rodea. Algunos especialistas dicen que la música tranquila les relaja y que el ruido les estresa (quizás a través de la madre).	La extrema ansiedad o tensiones y desórdenes emocionales prolongados en la madre durante el embarazo pueden provocar dificultades emocionales al bebé desde su mismo nacimiento (¿Esto es por razones bioquímicas nada más?).

1.2. Características de los bebés (de 1 a 2 años)

FÍSICAS	MENTALES	SOCIALES	ESPIRITUALES/EMOCIONALES
Al nacer cambia el entorno de forma radical, pasa de una situación de protección a otra en la que está sujeto al ruido, calor, frío, dolor, hambre... Son muy dependientes. Necesitan dormir mucho. Triplican su peso en el primer año de vida y aumentan su estatura en un tercio.	En el primer año se desarrolla la inteligencia siendo un factor importante para su incremento la recepción de afecto.	La toma de conciencia del mundo que les rodea lleva tiempo. En el primer mes lo hace a través de sus reflejos. Del segundo al tercer mes descubre que tiene control voluntario sobre ciertas acciones. Del tercer al noveno mes comprueba que los estímulos pueden prolongarse en el tiempo. Desde el noveno al doceavo mes experimenta el azar y todo lo	Los bebés son egocéntricos, busca todo aquello que les produce satisfacción sin tomar en cuenta a los demás. Pueden experimentar sentimientos como angustia, enojo, deleite, disgusto o afecto.

		que está a su alcance. Sabe que las cosas y las personas existen aunque no estén junto a él. De la empatía inicial pasa a reconocer a las personas.	
--	--	---	--

1.3. Características de los párvulos (de 2 a 3 años)

FÍSICAS	MENTALES	SOCIALES	ESPIRITUALES/EMOCIONALES
Están en continuo y rápido crecimiento. Se mueven siempre. Gozan de mucha actividad de los músculos mayores. Tienen un sistema nervioso muy sensible. Tienen los sentidos anhelantes.	Tienen un límite de atención de 2 a 3 minutos. Su mundo es muy estrecho. Entienden mucho mejor la acción y los objetos que las palabras. Apenas si entienden el número, el tiempo y el espacio. Confunden lo imaginario con lo real.	Tienen poco sentido del grupo. Están centrados del todo en sí mismos. Son tímidos y dependientes. Juegan solos, aunque estén en compañía de otros.	Relacionan a Dios con las cosas buenas que desean. Pueden ver a la Biblia como un libro muy especial por ser el libro de Dios. Se les puede repetir una y otra vez ciertas palabras del libro de Dios. Para ellos la recta actuación está relacionada con el deseo de agradar a Dios. Pueden pensar en Jesús y verle como el mejor amigo.

1.4. Características de los principiantes (de 4 a 6 años)

FÍSICAS	MENTALES	SOCIALES	ESPIRITUALES/EMOCIONALES
Siguen creciendo con rapidez de modo que desean actividades físicas. Todavía los músculos mayores son los únicos coordinados. Se cansan fácilmente. Aprenden mucho por los sentidos.	Límite de atención entre 5 y 10 minutos. Su mundo se ensancha algo. Entienden lo personal más que lo general. Concepto limitado de los números con relación personal. Imaginación en todo su desarrollo.	Más conscientes del grupo. Siguen primordialmente centrados en sí mismos. Imitan a los adultos. Pueden aprender a compartir con otros.	Pueden percibir a Dios como el "Padre celestial" asociándolo a un padre fuerte y amoroso. Ven la Biblia como el libro que dice cómo hay que agradar a Dios. Pueden aprender versículos de memoria que intercalan en la conversación. Pueden darse cuenta de que Jesús está siempre con ellos.

1.5. Características de los primarios (de 7 a 9 años)

FÍSICAS	MENTALES	SOCIALES	ESPIRITUALES/EMOCIONALES
Crecen de forma irregular, con explosiones repentinas de energía. Comienzan a utilizar los músculos pequeños. Son frágiles ante la enfermedad. Tienden a excederse. Necesitan manipular y examinar los objetos.	Su límite de atención está entre 15 y 20 minutos. La escuela amplía mucho su personalidad. Son concretos y literales. Tienen poco sentido del tiempo. Les gustan los relatos fantásticos.	Les preocupa ser aceptados por el grupo. Pueden comenzar a ser altruistas. Les gusta jugar con adultos. Suelen preferir actividades individuales.	Pueden ver a Dios como amoroso, fuerte y santo. Entienden que la Biblia contiene los relatos más hermosos. Recuerdan más las palabras bíblicas que los pensamientos bíblicos. Pueden entender que Cristo sufrió en la cruz el castigo que merecían sus pecados. Pueden experimentar la ayuda diaria del Señor.

1.6. Características de los primarios superiores (de 10 A 12 años)

FÍSICAS	MENTALES	SOCIALES	ESPIRITUALES/EMOCIONALES
Crecen con lentitud; tienen energía ilimitada. Desarrollan habilidad en el uso de músculos pequeños. Período más sano de la vida. Mucha resistencia. Se van interesando en ensayar palabras, en resolver problemas.	Su límite de atención es de 20 a 30 minutos. Les gusta estudiar materias como la historia y la geografía porque les ayuda a situarse de forma espacial y temporal. Tienen dificultad con los símbolos. Son agudos y críticos. Desarrollan un sentido exacto de números, tiempo y espacio. Desean oír relatos verídicos.	Les preocupa mucho las opiniones de sus amigos. Pueden comenzar a sacrificarse. Respetan la autoridad. Les gustan las competiciones si pueden vencer a menudo.	Pueden ver a Dios como el juez de todo y entender que la Biblia es el libro que contiene las respuestas de Dios a las cosas importantes que necesitamos saber. Es la edad de oro para aprender cosas de memoria que entienden y aceptan. Pueden arrepentirse de sus pecados y creer en Cristo. Pueden estar dispuestos a formar parte de la iglesia y a asumir algunas responsabilidades en ella. Pueden correr riesgos si los héroes/modelos que intentan imitar y seguir no son los adecuados.

1.7. Características de los intermedios (de 13 a 14 años)

FÍSICAS	MENTALES	SOCIALES	ESPIRITUALES/EMOCIONALES
Crecen muy aprisa y en forma desigual, lo cual los hace torpes. Experimentan ratos de energía seguidos de cansancio. Absortos en las perplejidades de la pubertad, en la cual las muchachas maduran más rápidamente.	Son agudos en lo intelectual, aunque el trabajo de memoria puede aburrirles. Se precipitan al sacar conclusiones debido a su inmadurez en el juicio. Desean encontrar respuestas para sus muchos "problemas" personales, aunque a menudo parecen indiferentes.	El humor suele aliviar ciertas situaciones difíciles; les gusta hacer bromas. Anhelan experiencias nuevas, en especial ser adultos y poder decidir por sí mismos. Tienen la inclinación a transferir su lealtad de casa a algún héroe/modelo idealizado. Desean ser asimilados en la pandilla de forma que no se note tanto su torpeza o complejos.	Anhelan experiencias emotivas y reaccionan con exceso en ambos extremos. Son dolorosamente sensibles, brutalmente francos, caprichosos, inconstantes, rebeldes... Necesitan a Cristo como el que les entiende cuando nadie más lo hace. Necesitan experimentar el poder estabilizador del Espíritu Santo en cuanto a los altibajos emocionales.

1.8. Características de los jóvenes (de 15 a 18 años)

FÍSICAS	MENTALES	SOCIALES	ESPIRITUALES/EMOCIONALES
Crecen despacio, superada ya la fase difícil. Si se interesan por algo, despliegan mucha energía. Desean experiencias nuevas normales con el otro sexo.	Son perspicaces, inquisitivos, osados creadores de ideas propias. Desarrollan la capacidad de razonar aunque todavía carecen de claridad y seguridad. Dudan a menudo y desean comprobar las ideas anteriormente aceptadas.	Captan con rapidez el lado cómico de las cosas. Toman una actitud crítica para sostener la confianza en que son autónomos. Tienen la inclinación a rebelarse contra el ejercicio directo de autoridad. Tienden a ser individualistas, a formar grupos exclusivos alrededor de un interés común.	Los trastornos emocionales experimentados en esta etapa son más profundos y duraderos. Tienen interés por experimentar todos los aspectos de la vida. Necesitan a Cristo como aquel que puede edificar sus vidas de forma ideal cumpliendo sus propósitos. Necesitan experimentar una vida diaria victoriosa en Cristo.

1.9. Características de los jóvenes mayores (de 19 a 24 años)

FÍSICAS	MENTALES	SOCIALES	ESPIRITUALES/EMOCIONALES
Han alcanzado madurez física. Con intereses más amplios, no deberían centrar la atención en el sexo.	Pueden pensar en forma original en cuanto a abstracciones y cosas intangibles. Si lo educan, el raciocinio es realista y seguro. Tantean muchos terrenos pero comienzan a especializarse según sus capacidades.	Adquieren mayor profundidad y amplitud para lo humorístico. Deberían ser capaces de asumir responsabilidades en el mundo de los adultos. Reconocen plenamente la autoridad si va acompañada de prestigio. Hacen amistades personales profundas. Tienen muchos conocidos.	Suelen ser capaces de dominar las emociones con fe, experiencia y fortaleza. Reaccionan fuertemente ante lo que consideran que merece lo mejor de sí mismos. Necesitan al Señor y a su Palabra como el único fundamento seguro para la vida. Necesitan desarrollar una visión cristiana coherente del mundo y de la vida.

1.10. Características de los adultos (de 25 años en adelante)

FÍSICAS	MENTALES	SOCIALES	ESPIRITUALES/EMOCIONALES
Alcanzan la cumbre y el declive de la fortaleza física e intelectual. Deberían ser estables, confiados, productivos. Pueden sentirse confusos cuando el vigor físico disminuye y aparecen las debilidades orgánicas propias del incremento de edad.	Si la agudizan pueden poseer una capacidad de percepción de las cosas muy perspicaz. Deberían poseer suficiente experiencia y perspectiva para mostrarse maduros. Tienen el deseo y la capacidad de seguir aprendiendo lo que les resulta útil.	Tener que llevar graves responsabilidades les puede volver muy serios. Pueden asumir con dificultad la realidad de que ya no son jóvenes. Pueden tener ambiciones muy fuertes en los que la fuerza de voluntad puede acercarse a la tozudez. Sus amistades son relativamente estables, pueden incluso convertirlas en rutinarias.	La personalidad está moldeada según los modos habituales de enfrentarse con los muchos conflictos emocionales. Con los años pueden desarrollar un individualismo que puede perjudicar su integración en la Iglesia. Necesitan experimentar el llamamiento de Cristo para ejercer alguna forma de liderazgo. Necesitan hallar el gozo y plenitud de vida profundos en el servicio del Señor.

Conocer las características de las personas en cada una de las etapas de la vida por las que pasan nos muestra que no podemos emplear las mismas estrategias de enseñanza con un niño de 2 años que con otro de 10. Las diferentes capacidades y posibilidades de adquisición de conocimiento en cada una de esas etapas deben ser tomadas en cuenta por los educadores si quieren estar seguros de que su esfuerzo docente tiene garantías de alcanzar el objetivo propuesto. Esto es especialmente importante cuando ese objetivo es llevar a las personas a Cristo.

2. Trastornos de la conducta en la infancia

El gran enemigo que debe ser derrotado por la transmisión de la enseñanza de Cristo es el pecado. Este se manifiesta de muchas maneras con la intención de rechazar el mensaje de salvación y el estilo de vida santo de aquellos que un día han de estar en las moradas eternas con Jesús. El pecado está presente en las personas desde que nacen hasta que mueren, pero su manifestación varía según la edad y etapa de la vida en que se encuentran. Conocer esas diferencias es importante para tratarlas de forma adecuada con la enseñanza de la Palabra de Dios.

Pero, al mismo tiempo que tomamos en cuenta la realidad del pecado y sus variadas formas de presentarse en cada etapa de la vida, también hemos de tomar en cuenta que las personas sufren trastornos en su conducta cuya causa no está en el pecado personal. Ciertas actitudes y comportamientos de las personas tienen otras causas que deben ser buscadas en trastornos físicos o psicológicos. No tomar en cuenta esto hace que se trate como pecado una conducta que no lo es. Esto no sólo conduce al fracaso del método de enseñanza empleado, sino que, lo que es peor, se deja al alumno sin la posibilidad de conocer a Cristo y sus enseñanzas.

El educador cristiano infantil debe tener un conocimiento básico de los principales trastornos de la conducta con los que se puede encontrar, no para hacer diagnósticos y tratamientos que corresponden realizar a un profesional adecuado, sino para ayudar a detectar esos problemas a tiempo y encauzar a la persona que los padece en el tratamiento y/o estrategia de educación específica al problema de que se trate.

2.1. Hiperactividad

La hiperactividad es un trastorno de la atención que produce alteraciones de la conducta en niños. Se trata de niños que desarrollan una intensa actividad motora, que se mueven continuamente, sin que toda esta actividad tenga un propósito. Van de un lado para otro, pudiendo comenzar alguna tarea, pero que abandonan rápidamente para comenzar otra, que a su vez, vuelven a dejar inacabada. Esta hiperactividad aumenta cuando están en presencia de otras personas, especialmente con las que no mantienen relaciones frecuentes. Por el contrario, disminuye la actividad cuando están solos.

2.1.1. Perfil de un niño hiperactivo

Estos niños son especialmente problemáticos, poseen un espíritu destructivo, son insensibles a los castigos, inquietos y nerviosos. También son niños difíciles de educar, ya que pocas veces pueden mantener durante mucho tiempo la atención en algo, con lo que suelen tener problemas de rendimiento escolar a pesar de tener un cociente intelectual normal. Son muy impulsivos y desobedientes, no suelen hacer lo que sus padres o maestros les indican, o incluso hacen lo contrario de lo que se les dice. Son muy tercos y obstinados, a la vez que tienen un umbral muy bajo de tolerancia a las

frustraciones, con lo que insisten mucho hasta lograr lo que desean. Esto junto a sus estados de ánimos bruscos e intensos, su temperamento impulsivo y fácilmente excitable, hace que creen frecuentes tensiones en casa, en el colegio o en la iglesia. En general son niños incapaces de estarse quietos en los momentos que es necesario que lo estén. Es normal que un niño se mueva mucho a la hora del recreo y en momentos de juego, pero por lo general ese mismo niño estará quieto en clase y en tareas concretas; un niño hiperactivo no lo estará nunca.

2.1.2. Los indicadores de hiperactividad según la edad del niño

- ❖ De 0 a 2 años: Pueden padecer descargas mio-clónicas¹ durante el sueño, problemas en el ritmo del sueño y durante la comida, períodos cortos de sueño y despertar sobresaltado, resistencia a los cuidados habituales, reactividad elevada a los estímulos auditivos e irritabilidad.
- ❖ De 2 a 3 años: Manifiestan inmadurez en el lenguaje expresivo, actividad motora excesiva, escasa conciencia de peligro y propensión a sufrir numerosos accidentes.
- ❖ De 4 a 5 años: Tienen problemas de adaptación social, desobediencia y dificultades en el seguimiento de normas.
- ❖ A partir de 6 años: Muestran impulsividad, déficit de atención, fracaso escolar, comportamientos antisociales y problemas de adaptación social.

2.1.3. Causas de la hiperactividad infantil

La hiperactividad infantil es bastante frecuente, calculándose que afecta aproximadamente a un 3% de los niños menores de siete años y es más común en niños que en niñas.² En el año 1914 el doctor Tredgold argumentó que podría ser causado por una disfunción cerebral mínima, una encefalitis letárgica en la cual queda afectada el área del comportamiento, de ahí la consecuente hipercinesia compensatoria; explosividad en la actividad voluntaria, impulsividad orgánica e incapacidad de estarse quietos. Posteriormente en el 1937 C. Bradley descubre los efectos terapéuticos de las anfetaminas en los niños hiperactivos. Basándose en la teoría anterior, les administraba fármacos estimulantes del cerebro³ observándose una notable mejoría de los síntomas.

2.1.4. Síntomas en un niño hiperactivo

Los síntomas pueden ser clasificados según el déficit de atención, hiperactividad e impulsividad:

- ❖ Dificultad para resistir a la distracción.
- ❖ Dificultad para mantener la atención en una tarea larga.

¹ Convulsiones epilépticas.

² Hay cuatro niños por cada niña.

³ Como la benzedrina.

- ❖ Dificultad para atender selectivamente.
- ❖ Dificultad para explorar estímulos complejos de una manera ordenada.
- ❖ Actividad motora excesiva o inapropiada.
- ❖ Dificultad para acabar tareas ya empezadas.
- ❖ Dificultad para mantenerse sentados y/o quietos en una silla.
- ❖ Presencia de conductas disruptivas.⁴
- ❖ Incapacidad para inhibir conductas: dicen siempre lo que piensan y no se reprimen.
- ❖ Incapacidad para aplazar las cosas gratificantes.⁵
- ❖ Impulsividad cognitiva: precipitación, incluso a nivel de pensamiento.⁶

2.1.5. Consecuencias en la familia que tiene un niño hiperactivo

Los padres suelen definir a un hijo hiperactivo como inmaduro, maleducado y gamberro. Sus comportamientos generan conflictos en la familia, desaprobación y rechazo. Son irritantes y frustrantes en cuanto al éxito educativo de los padres, y algunos niños tienden al aislamiento social. Este trastorno ya se detecta antes de los siete años y unos tienen síntomas más graves que otros. Una cosa importante a tener en cuenta, es que si los padres riñen exageradamente al niño hiperactivo pueden estar fomentando un déficit de autoestima por su parte (sobretudo si lo critican por todo lo que hace) y realimentan el trastorno, ya que el pequeño acabará por no esforzarse por portarse bien, pues verá que haga lo que haga siempre acaban riéndole.

2.1.6. Tratamiento de la hiperactividad

El tratamiento depende de cada caso individual.

El **tratamiento farmacológico** es a base de estimulantes para ayudar a que el niño pueda concentrarse mejor, y sedantes en el caso de que el niño muestre rasgos sicóticos.

El **tratamiento psicoterapéutico** está destinado a mejorar el ambiente familiar y escolar, favoreciendo una mejor integración del niño a la vez que se le aplican técnicas de modificación de conducta.

El **tratamiento cognitivo**, o de autoconstrucciones, se basa en el planteamiento de la realización de tareas, donde el niño aprende a planificar sus actos y mejora su lenguaje interno. A partir de los siete años el lenguaje interno asume un papel de autorregulación, que estos niños no tienen tan desarrollado. Para la realización de cualquier tarea se le enseña a valorar primero todas las posibilidades de la misma, a concentrarse y a comprobar los resultados parciales y globales una vez finalizada.

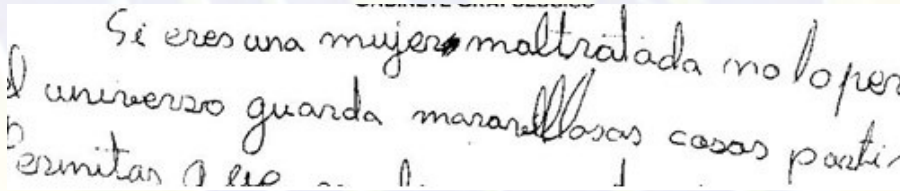
El **tratamiento con grafoterapia** considera que la letra de un hiperactivo es bastante complicada de leer y de entender; de ahí que en muchos casos baje su rendimiento

⁴ De carácter destructivo.

⁵ No pueden dejar de hacer las cosas que les gusta en primer lugar y aplazan todo lo que pueden los deberes y obligaciones. Siempre acaban haciendo primero aquello que quieren.

⁶ En los juegos es fácil ganarles por este motivo, pues no piensan las cosas dos veces antes de actuar, no prevén, e incluso contestan a las preguntas antes de que se formulen.

escolar porque, sencillamente, el profesor no puede leer el texto que el alumno le ha escrito en un examen o porque el cuaderno está muy desorganizado, lleno de tachaduras y de borrones. Además, de la dispersión que muestran antes cualquier estímulo, hace que el rendimiento escolar sea mucho más bajo de lo que potencialmente tienen estos alumnos. ¿Cómo es la escritura de un niño hiperactivo? Veamos un ejemplo:



Si eres una mujer maltratada no lo per
el universo guarda maravillosas cosas por
permitir a eso...

Los rasgos gráficos más comunes en la escritura suelen ser:

- ❖ Las letras son bastante irregulares, es decir, unas son más grandes que otras.
- ❖ En muchos casos el tamaño de la letra en la zona superior suele ser bastante grande.
- ❖ Letras, márgenes y ocupación de la página no guardan ningún tipo de orden.
- ❖ Los renglones descienden o ascienden.
- ❖ Los óvalos suelen ser muy grandes con respecto a otras vocales.
- ❖ Tachan, corrigen y añaden muchísimo.

La **grafoterapia** es una técnica basada en la escritura que persigue el cambio o modificación de aquellos rasgos gráficos que muestran el déficit de atención. A medida que esos rasgos gráficos se van interiorizando y cambiando de forma mejorando la letra del niño/adulto éste va sintiendo que tiene más atención, orden, organización y tranquilidad.

2.2. Trastornos del aprendizaje

2.2.1. Los más frecuentes

- ❖ Dislexia = trastorno relacionado con el lenguaje por el cual la persona tiene problemas para entender palabras, oraciones o párrafos.
- ❖ Discalculia = trastorno relacionado con las matemáticas por el cual la persona tiene dificultades para resolver problemas y entender conceptos matemáticos.
- ❖ Disgrafía = trastorno relacionado con la escritura por el cual la persona tiene dificultades para formar correctamente las letras o escribir dentro de un espacio determinado.

Los científicos avanzan cada día más en el estudio de los trastornos de aprendizaje. Sus investigaciones nos proporcionan apoyo y esperanza. Si los padres, maestros u otros profesionales descubren a tiempo trastornos de aprendizaje en un niño y le

proporcionan la ayuda adecuada, pueden brindarle la oportunidad de desarrollar todas las habilidades necesarias para llevar una vida normal.⁷

A menudo son los padres los primeros en darse cuenta de que “algo no anda bien”. Si aprendemos a reconocer los síntomas comunes de los trastornos de aprendizaje, podremos detectar a tiempo los problemas potenciales. A continuación, presentamos una lista de síntomas que pueden indicar la existencia de trastornos de aprendizaje. En la mayoría de los niños podremos identificar alguno de ellos; sin embargo, si observa varios de estos síntomas en un niño durante un período de tiempo prolongado, considere la posibilidad de que exista un trastorno de aprendizaje.

2.2.2. Síntomas que indican un trastorno del aprendizaje:

❖ Hasta los tres años:

- Tarda más en hablar que la mayoría de los niños.
- Tiene problemas de pronunciación.
- El crecimiento de su vocabulario es lento; con frecuencia tarda en encontrar la palabra correcta.
- Tiene dificultades para rimar palabras.
- Es muy inquieto y se distrae con facilidad.
- Tiene problemas de interacción con niños de su edad.
- Tiene problemas para aprender los números, el alfabeto, los días de la semana, los colores y las formas.
- Encuentra dificultades para seguir instrucciones y rutinas.
- Presenta un desarrollo lento de las destrezas motoras que requieren movimientos delicados.

❖ Con cuatro años:

- Tarda en aprender la relación que existe entre las letras y los sonidos.
- Confunde palabras básicas (correr, comer, querer)
- Con frecuencia comete los mismos errores al leer o deletrear: confusión de letras de simetría opuesta (b/d); inversiones (b/d; m/w); transposiciones (casa/saca); o sustituciones (casa/hogar).
- Transpone las secuencias de números y confunde los signos aritméticos (+,-, x, /,=)
- Tiene dificultades para recordar datos.
- Tiene dificultades para aprender nuevas habilidades; depende mucho de la memorización.
- Es impulsivo y no sabe organizarse.
- No sujeta el lápiz adecuadamente.
- Tiene problemas para leer el reloj.
- Presenta mala coordinación; no es consciente de su entorno físico; es propenso a los accidentes.

⁷ Un reciente estudio del Instituto Nacional de la Salud muestra que el 67% de los estudiantes con riesgo de padecer dificultades de lectura, tras recibir ayuda en los primeros grados, consiguió alcanzar el nivel medio de lectura o un nivel superior.

❖ De 5 a 8 años:

- Invierte secuencias de letras (casa/saca, sol/los). Evita redactar.
- Tiene dificultades para aprender prefijos, sufijos, raíces y otras estrategias de ortografía.
- Evita la lectura en voz alta.
- Tiene dificultades para comprender problemas matemáticos.
- Tiene dificultades de escritura.
- Sujeta inadecuadamente el lápiz, con demasiada fuerza o utilizando todo el puño.
- Evita redactar.
- Carece de facilidad para recordar datos.
- Encuentra dificultades para hacer amigos.
- Tiene problemas para comprender el lenguaje corporal y las expresiones de la cara.

2.3. Agresividad

Una de las grandes dificultades de los padres y profesores es saber cómo tratar la agresividad infantil, consecuencia en principio de la desobediencia y de la rebeldía, pero también de trastornos psicoafectivos. En cualquier caso si la agresividad no se trata en la infancia, probablemente originará problemas en el futuro, cómo el fracaso escolar, la falta de socialización, dificultad de adaptación, etc.

2.3.1. ¿Qué podemos entender por agresividad en los niños?

Cuando se habla de agresividad infantil nos queremos referir a conductas violentas que hacen daño, físico o psíquico, a otra persona a través de una acción intencionada manifestada a través de patadas, arañazos, gritos, empujones, palabrotas, mordiscos, tirones de pelo, burlas crueles, etc.

Este comportamiento es relativamente común y a menudo aparece cuando el niño cumple un año. Cuando el bebé nace, trae impulsos amorosos y agresivos que, con el tiempo y con el cuidado de los padres, construirán vínculos afectivos y desarrollarán relaciones personales.

2.3.2. ¿Qué la produce?

- ❖ El pecado y limitaciones propias de la naturaleza humana

El niño tiene pasiones pecaminosas que se manifiestan igual que en los adultos con ira y violencia. Estas pueden ser la rabia, los celos, la envidia, el rencor, la venganza, etc. En otras ocasiones puede ser el camino fácil para resolver situaciones para las cuales no se sabe proceder actitudes y palabras adecuadas, y se recurre a la violencia, verbal

o física, como medio para dar salidas a situaciones que se estiman no se pueden resolver de otra manera.

❖ La influencia negativa de los demás

La familia es uno de los elementos más relevantes dentro del factor sociocultural del niño. La familia lo es todo para él. La familia es su modelo de actitud, de disciplina, de conducta y de comportamiento. Es por ello que también es la familia uno de los factores que más influyen en la emisión de la conducta agresiva. Está demostrado que el tipo de disciplina que una familia aplica al niño, será el responsable de si tiene o no una conducta agresiva. Un padre poco exigente, con actitudes hostiles y que siempre está desaprobando y castigando con agresión física o amenazante constantemente a su hijo, estará fomentando la agresividad en el niño. Otro factor que induce al niño a la agresividad es cuando la relación entre sus padres es permanentemente tensa o violenta.

Dentro del factor medioambiental y sociocultural influye el tipo de barrio donde se vive. Estar en contacto con conductas agresivas físicas como peleas, o verbales, como expresiones que fomentan la agresividad, tales como “no seas un cobarde”, inducen a la agresividad.

❖ Factores orgánicos

Estos deben ser considerados como una posibilidad más. Los factores orgánicos pueden ser de tipo hormonal, mecanismos cerebrales, estados de mala nutrición, problemas de salud, etc., y está constatado que también influyen en el comportamiento agresivo de las personas.

2.3.3. Pautas que ayudan a controlar la conducta agresiva de los niños

Teniendo en cuenta de que la conducta agresiva de un niño es un comportamiento tanto instintivo como aprendido, sólo podrá ser modificado por la gracia de Dios a través la interacción de nuevos valores, mediante la enseñanza de la palabra de Dios, y afectos contrarios a los que producen la violencia, como el amor, la actitud pacífica y de diálogo, etc. La intervención conjunta de los padres o de los profesores es muy importante. El castigo físico nunca es aconsejable porque sus efectos son generalmente negativos. No se puede apagar el fuego con fuego. La reprensión violenta reproduce el modelo de conducta agresiva y aumenta la ansiedad del niño y sus respuestas violentas. Si queremos cambiar la conducta agresiva de un niño no podremos hacerlo desde la agresividad (la violencia engendra violencia). Debemos buscar las causas generales (el pecado en general) y particulares (un determinado pecado que origina la violencia: celos, frustración...) que está detrás, y tratar las mismas con enseñanza ejemplificada en nuestras vidas.

Cuando la conducta agresiva de un niño es persistente se debe consultar a una especialista, puede haber un problema psicológico. El tipo de tratamiento que se utilizará dependerá del resultado de la evaluación que se haga. Lo primero que harán

será identificar, a través de observaciones, charlas y entrevistas, los antecedentes (causas y reacciones a la frustración) y las consecuencias (qué es lo que gana con la agresión) del comportamiento agresivo del niño.

2.4. Tratamiento de la desobediencia

Veamos algunos consejos prácticos para tratar la desobediencia infantil:

2.4.1. Debemos aplicar límites o normas de conducta a los niños

❖ Desde el ejemplo

Una disciplina de vida propia es lo más eficaz a la hora de aplicar límites o normas sobre lo que está bien o mal a nuestros hijos. Si nosotros tenemos una vida organizada y regulada por la Palabra de Dios, en otras palabras, si estamos dentro de los límites que Dios ha establecido para nosotros, nuestros hijos estarán dispuestos a cumplir las mismas reglas que nosotros cumplimos. Si somos ordenados y disciplinados en nuestra forma de vivir: siendo puntuales y ordenados, cumpliendo nuestros compromisos, buscando resolver las cosas mediante el diálogo, hablando con educación y respeto, actuando con paciencia cuando algo nos contraría, etc., les ofrecemos un modelo de disciplina desde el cual podemos poner límites a su conducta.

❖ Con objetividad

Estos límites deben ser presentados con objetividad. Es frecuente que los padres o maestros empleemos expresiones como: “¡Pórtate bien!” o “¡Sé bueno!”. Pero estas expresiones pueden significar una cosa para nosotros y otra para el niño. Nuestros hijos nos entenderán mejor si les presentamos las normas de conducta general o las órdenes particulares de una forma más concreta. Un límite bien especificado le dice al niño exactamente lo que debe hacer y por qué debe hacerlo. Por ejemplo:

- “No se habla durante el culto porque se está alabando a Dios”.
- “Recoge los juguetes que tiraste ahora porque las cosas deben estar en su sitio y no en el suelo”.
- “Dame la mano para cruzar la calle porque si no puede cogerte un coche”.

Esta es una forma que puede aumentar substancialmente la relación de complicidad entre el padre y el hijo en la acción requerida.

❖ Explicando el por qué

Cuando una persona entiende el motivo de una regla, como una forma de prevenir situaciones peligrosas para sí mismo y para otros, se sentirá más animado a obedecerla. De este modo, lo mejor cuando se aplica un límite, es explicar al niño el

porque tiene que obedecer. Entendiendo la razón para el orden ayuda a los niños a que desarrollen valores internos de conducta o comportamiento: crear una conciencia recta. Antes de dar una larga explicación que puede distraer a los niños, manifieste la razón en pocas palabras. Por ejemplo:

- “No muerdas a las personas. Eso les hará daño”.
- “Si tiras los juguetes de otros niños, ellos se sentirán tristes porque les gustaría jugar aún con ellos”.

❖ Ofreciéndoles opciones

A veces puede ser eficaz ofrecer opciones que den a nuestros hijos una oportunidad limitada de decidir como cumplir las normas o nuestras órdenes. La libertad de oportunidad hace que el niño sienta una sensación de participación en la acción, con poder y control sobre la misma, que reduce su actitud instintiva de resistencia. Podemos decir, por ejemplo:

- “Es la hora de la cena. ¿Quieres comer un poco de pasta con salsa de tomate y carne o bien prefieres comer arroz con salsa de tomate, huevo y plátano frito?”
- “Es la hora de vestirse. ¿Prefieres ponerte el pantalón azul o el verde?”

Esta es una forma más fácil y rápida de decir a un niño exactamente lo que debe hacer y al tiempo darle la sensación de que ha participado en la acción.

❖ Con firmeza pero no con autoritarismo

En cuestiones realmente importantes, cuando existe una resistencia a la obediencia, necesitamos aplicar el límite con firmeza. Un límite firme dice a un niño que tiene que parar el comportamiento que está teniendo y obedecer nuestros deseos inmediatamente. Por ejemplo:

- “¡Vete a tu habitación ahora!”.
- “¡Deja de saltar en el sillón!”.

Los límites firmes son mejor aplicados con una voz segura, sin gritos, y una seria mirada en el rostro. En otras ocasiones puede ser más conveniente establecer los límites de forma más suave, dando a entender al niño que, aunque tiene la opción de obedecer o no, esperamos de él que escoja el camino de la obediencia. Ejemplos de límites suaves serían:

- “¿Porqué no recoges tus juguetes antes de que se haga más tarde?”.
- “Debes hacer las tareas de la escuela ahora que no tienes sueño”.

- “Ven a casa ahora, ¿vale?”.
- “No quiero que te enfermes, cómete la comida”.

Estos límites, dados de forma suave o ligera, son apropiados para momentos cuando se quiere que el niño desarrolle una obediencia por comprensión de que lo requerido es lo mejor y más conveniente para él. En cualquier caso, siempre se debe proceder con firmeza a la hora de establecer los límites. Pero esta firmeza no debe ser confundida con rígido autoritarismo, sino que es una actitud autoridad que viene dada tanto por la naturaleza justa del límite como por la forma de establecerlo.

❖ Acentuando lo positivo

Debemos acentuar lo positivo en la formulación de los límites. Es preferible decir al niño lo que debe hacer que lo que no debe hacer. Es preferible decir: “¡Habla bajo!”; que: “¡No grites!”. Los padres autoritarios prefieren enfatizar lo segundo en vez de lo primero.

❖ Manteniéndonos al margen

Siempre que podamos debemos evitar entrar en conflictos innecesarios por la lucha de poder que se produce entre el que manda y el que debe obedecer, manteniéndonos al margen del límite establecido. Por ejemplo: Cuando decimos: “quiero que te vayas a la cama ahora mismo”, estamos creando una lucha de poder personal con nuestros hijos. Una buena estrategia es establecer la regla de una forma impersonal. Por ejemplo: “Son las 10, hora de acostarse”, y se le enseña el reloj. En este caso, algunos conflictos y sentimientos estarán entre el niño y el reloj.

❖ Indicando alternativas

Siempre que apliquemos un límite al comportamiento del niño que pueda interpretar como “capricho” por nuestra parte, deberíamos hacerlo presentando una alternativa aceptable. “No te puedo dar un caramelo antes de la cena, porque te quitará las ganas de comer, pero te puedo dar un helado de chocolate después”. Esto les sonará menos negativo y nuestro hijo se sentirá mejor al comprobar que sus deseos no son del todo inaceptables.

❖ Los límites se han de cumplir

Unas normas flexibles: La hora de acostarse es un día a las 9.30, otro a las 10, otro a las 10.30, invita a la resistencia y se torna imposible de cumplir. Rutinas y reglas importantes en la familia deberían ser efectivas día tras día, aunque estemos cansados o indispuestos. Si damos a nuestros hijos la oportunidad de incumplir o saltarse las reglas, ellos seguramente escogerán ese camino.

❖ Rechazando la desobediencia, no al desobediente

Es necesario que dejemos claro a nuestros hijos que nuestra desaprobación está relacionada con su comportamiento y no directamente con ellos. No les estamos rechazando. Lejos de decir: “niño malo”, que supondría una desaprobación total del niño, deberíamos decir: “no le pegues”, que implica sólo la desaprobación de la conducta actual.

2.4.2. Debemos confiar en la gracia de Dios y en sus promesas para nuestros hijos

- ❖ Debemos creer en sus promesas.
- ❖ Debemos enseñarles la Palabra de esperanza y novedad de vida.
- ❖ Debemos darles ejemplo con nuestras vidas de cómo hay que proceder.
- ❖ Debemos orar a Dios pidiendo por nuestros hijos.

2.5. El mal humor

2.5.1. El mal humor forma parte de las alteraciones propias del crecimiento

El tiempo pasa para todos. El niño que hasta hace poco era un bebé hoy ya no usa pañales, ya charla sobre temas variados y su comportamiento experimenta cambios, día a día. Antes se despertaba y se expresaba con más alegría, con más disposición, y ahora experimenta más ratos de aburrimientos, de enfados y de mal humor.

Los padres que experimentan esos cambios en sus hijos por primera vez no deben asustarse. Son alteraciones que demuestran que el niño está pasando por diferentes momentos que no consigue entender siempre. Habrá, como en todo, casos que superan los límites de la paciencia, pero hay que mantener la calma, seguro que somos todos capaces de controlar la situación, quitar el mal humor y, a la vez, estimular y fomentar el carácter alegre, el auto control⁸ y el bienestar en nuestros hijos.

Muchos padres se quejan contando que su hijo era tierno y educado en los primeros años de su vida, pero que ahora, de repente, tiene días en los que se expresa de una forma muy “pesada”, incontrolable, sin paciencia y oponiendo mucha resistencia. Y se preguntan dónde se equivocaron. ¡Tranquilos, el mal humor de los niños es consustancial a los cambiantes estados de ánimo de la naturaleza humana! Algunos niños, aunque hayan dormido lo suficiente, pueden despertarse sin ganas de hacer nada y trastornan a sus padres que tienen que estar detrás de ellos para que se levanten, se aseen, desayunen y vayan al colegio. Cada niño tiene su carácter y una actitud diferente. Cuando no presenta dificultades al empezar el día es casi seguro que lo hará en otros momentos. Puede que sean más testarudos a la hora de vestirse, o que discutan acerca de la comida, o de cómo hemos guardado sus cosas, etc.

⁸ O dominio propio, en palabras del apóstol Pablo (2 Ti 1.7).

2.5.2. El por qué del mal humor infantil

El mal humor de los niños puede tener muchas causas:

- ❖ Un mal despertar.
- ❖ Vivir experiencias negativas como el miedo, los conflictos entre amigos, etc.
- ❖ Tener alguna dificultad de aprendizaje.
- ❖ No sentirse bien del todo por alguna razón relacionada con:
 - La salud,
 - La relación con sus padres,
 - Alguna frustración,
 - Aburrimiento,
 - Etc.
- ❖ El pecado personal que lleva al enfado sin causa o desmedido y al comportamiento negativo.

2.5.3. Actuando contra el mal humor de nuestros hijos

Sea cual sea la razón, lo ideal es no dejar que el mal humor se extienda. Debemos hablar con ellos, darles cariño y explicarles que no tenemos la culpa de lo que les está pasando, pero que puede contar con nosotros. La palabra clave es paciencia. Calma para educar, argumentar y comprender lo que está ocurriendo.

Los padres y educadores infantiles deben traducir los momentos de mal humor de sus hijos/alumnos como ocasiones para educarles encontrando opciones que les ayuden a superar sus frustraciones. Es desesperante en muchas ocasiones, pero como no se puede ignorar que esos comportamientos son parte de la vida de las personas hay que incorporarlos en el proceso educativo. Los padres y educadores pueden ayudar a sus hijos/alumnos a que aprendan a conocer y a controlar sus emociones, mediante el “dominio propio”, y demostrándoles que los demás también pasan por situaciones semejantes. En el caso de que el esfuerzo del educador no funcione, y que el mal humor del niño esté influenciando negativamente en sus estudios y en sus relaciones interpersonales, la orientación de un profesional especializado puede ser de gran utilidad para valorar otras causas posibles. Solamente un profesional experto en el tema podrá evaluar el comportamiento del niño y descartar algún trastorno como la hiperactividad o la depresión.

2.6. Niños superdotados

2.6.1. ¿Cómo puedo saber si mi hijo/alumno es un niño superdotado?

De una forma segura, solamente con la orientación de un profesional especializado en el tema. Pero existen algunas características que pueden ayudar a los padres a que identifiquen a un niño superdotado:

- ❖ Duerme poco.
- ❖ Aprende a leer en un corto espacio de tiempo.
- ❖ Dice su primera palabra con seis meses.
- ❖ Dice su primera frase con doce meses.
- ❖ Puede mantener una conversación desde los 18 a los 24 meses. Tiene un vocabulario impropio para su edad.
- ❖ Aprende el abecedario y cuenta hasta 10 a los dos años y medio.
- ❖ Resuelve mentalmente problemas de suma y resta hasta 10 con tres años.
- ❖ Pregunta por palabras que no conoce desde los tres años.
- ❖ Realiza preguntas exploratorias a edades tempranas.
- ❖ Alta capacidad creativa.
- ❖ Posee una alta sensibilidad hacia el mundo que le rodea.
- ❖ Preocupación por temas de moralidad y justicia.
- ❖ Enérgico y confiado en sus posibilidades.
- ❖ Muy observador y abierto a situaciones inusuales.
- ❖ Muy crítico consigo mismo y con los demás.
- ❖ Gran capacidad de atención y concentración.
- ❖ Le gusta relacionarse con niños de mayor edad.
- ❖ Baja autoestima, tendencia a la depresión.
- ❖ Se aburre en clase porque sus capacidades superan los programas de estudio convencionales.
- ❖ Son, aparentemente, muy distraídos y despistados.
- ❖ Su pensamiento es productivo más que reproductivo. Se basan en la construcción de las cosas.
- ❖ Tienen muy poca motivación hacia el profesor.
- ❖ Llegan a sentirse incomprendidos, raros.
- ❖ Son independientes e introvertidos.

2.6.2. ¿Qué deben hacer los padres/educadores?

Si tu hijo tiene un coeficiente intelectual superior es conveniente que sea detectado lo antes posible. Los especialistas recomiendan prestar atención a los patrones de niños superdotados para captar esta capacidad cuando tienen entre 3 y 8 años y actuar en consecuencia.

En el caso de que los padres perciban que su hijo tiene ese perfil, deberán tomar algunas medidas. Los padres tienen un papel fundamental en el desarrollo de estos niños. Son ellos los que deberán entrar en contacto con el educador del niño, la escuela y pedir orientación. Seguramente, después de una evaluación del caso, los docentes pasarán el niño a un orientador, y, si es el caso, a un especialista. Si realmente se confirma que el niño es superdotado, no deben preocuparse: hoy pueden recibir toda la orientación posible para canalizar sus posibilidades.

Estos niños suelen tener problemas sociales cuando no reciben el trato adecuado. Suelen tener intereses distintos a los de sus compañeros por lo que se sienten desconectados de sus padres e incomprensidos por sus maestros. Si la educación que reciben no se ajusta a sus necesidades, se vuelven inactivos, distraídos y tienen mala conducta. A veces los maestros se equivocan y creen que estos chicos tienen problemas de aprendizaje. Un ejemplo de esta situación lo tenemos en premio Nobel de Física **Albert Einstein**. Cuando tenía doce años, sus maestros determinaron que era torpe para aprender pues tenía las peores notas de la escuela.

2.6.3. La labor de los padres/educadores debe ser constante en el tiempo si desean que se produzca el desarrollo adecuado del niño:

- ❖ Deben mantener con ellos conversaciones sobre hechos cotidianos de los adultos permitiéndoles expresar su parecer.
- ❖ Deben prestar atención a sus inclinaciones por el arte o los números y ayudarles a desarrollar sus habilidades.
- ❖ Deben llevarles a lugares donde pueda aprender cosas nuevas, como museos, bibliotecas y centros comunitarios donde se desarrollan actividades culturales.
- ❖ Deben estimularles para que no se aburran, explicándoles que pueden alcanzar sus metas si son constantes.
- ❖ Deben procurarles un ambiente tranquilo donde pueda leer y estudiar, deben ayudarlo siempre con sus deberes.
- ❖ Es aconsejable inscribirlos en actividades fuera de la escuela.

2.6.4. ¿Los niños superdotados deben estudiar separados de los demás chicos?

Los programas para chicos superdotados han generado mucha controversia. Algunos los critican por ser elitistas y dicen que dan un mensaje de la mediocridad de aquellos que no han sido catalogados como superdotados. Aunque es cierto que no es bueno separar, es conveniente que estos niños reciban una atención especial. Se recomienda que vayan a una escuela normal, pero que inviertan más horas de estudio semanales que los demás en programas de aprendizaje enriquecidos. Para esto, el educador y la familia deben formar un equipo para seguir de cerca los avances del pequeño.

2.7. La depresión infantil

2.7.1. Puede surgir a causa de cambios importantes en la vida del niño

La depresión que antes solo se diagnosticaba en personas adultas, está cada día haciendo sufrir también a los niños. Ya no son sólo los adultos los que se deprimen. La depresión infantil puede surgir a causa de cambios importantes y estrés, como resultado de la pérdida de los padres, un divorcio, o problemas familiares, etc.

Aproximadamente el 5% de los niños de la población general padece de depresión en algún momento. Los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida o que tienen desórdenes de la atención o de la conducta, o discapacidades en

el aprendizaje, o aún problemas de salud mental, corren mayor riesgo de sufrir depresión.

2.7.2. ¿Mi hijo/alumno tiene depresión?

Seguro que en algún momento de la infancia de su hijo, alguna madre se ha preguntado eso. Lo primero que hay que decir es que cada niño es único en su forma de ser. Hay que conocer muy bien al niño y saber lo que es realmente normal en su comportamiento. No hay que apresurarse a sacar conclusiones. Padres y profesores han de estar atentos cuando algún niño presente alguna de las siguientes características:

- ❖ Está continuamente triste, llorando con más facilidad
- ❖ Pierde el interés por los juegos preferidos y por la escuela
- ❖ Se aleja de sus amigos y de la familia
- ❖ Presenta una comunicación pobre
- ❖ Se aburre y se cansa con facilidad
- ❖ Presenta menos energía o concentración
- ❖ Está irritable o demasiado sensible frente a pequeñas frustraciones, montando rabietas o berrinches con más facilidad.
- ❖ Se le nota extremadamente sensible hacia el rechazo y el fracaso
- ❖ Expresa baja autoestima, depreciándose a ellos mismos
- ❖ Elige "finales tristes" para sus cuentos y representaciones
- ❖ Se comporta de una manera agresiva
- ❖ Se queja constantemente de dolores tales como de cabeza o de estómago
- ❖ Duerme demasiado o muy poco
- ❖ Come demasiado o muy poco
- ❖ Sufre una regresión, hablando como un bebé u orinándose en la cama
- ❖ Habla de suicidio
- ❖ Habla de escaparse de la casa

2.7.3. La depresión también afecta a los bebés

Con niños de hasta tres años, las señales para preocuparse empiezan cuando esos niños parecen tristes o decaídos aun cuando se les están consolando. Pueden, incluso, que se peguen desesperadamente a quien se ocupa de ellos o que dejen de comunicarse.

La depresión en esos niños está casi siempre conectada con el cambio o pérdida de la persona responsable de su cuidado, o cuando quien les cuida no es capaz de responder a sus necesidades.

La depresión en los bebés se ve reflejada en su estado anímico; lo que no quiere decir que el bebé llora porque está triste, sino que da la impresión de que está apático y sin ninguna iniciativa.

En cuanto a las señales que manifiesta el bebé, está el hecho que no rechaza los brazos

de un desconocido, significa que algo pasa, ya que lo normal es que el bebé tenga angustia por la separación de su madre y se ponga a llorar. Otra señal se muestra cuando el niño no siente deseos de llamar la atención, ya que a esta edad lo normal es que el bebé quiera atraer la atención de las personas que lo rodean.

Las consecuencias que puede tener la presencia de un cuadro depresivo en el bebé son varias. Puede producir cierto retraso en el desarrollo como el inicio de la marcha más tarde de lo normal, el inicio del habla, tener problemas de sueño, somatizaciones frecuentes, enfermedades de tipo infecto-contagioso debido a una disminución de las defensas biológicas que permanecen más allá de todo cuidado, alteraciones en la alimentación que mantienen al bebé en un estado de decaimiento. Qué se puede hacer en esos casos.

❖ No ignore los síntomas de depresión

En estos casos hay que dar más atención de lo normal a nuestro hijo. Jugar con él y así le será más fácil hablar de sus problemas. Leer libros infantiles sobre temas relacionados, dibujar, pintar, construir un puzzle con nuestro hijo. Debemos dedicarle un momento especial y único y así, crear un ambiente más cercano y de confianza.

❖ Hágle preguntas y esté atento a las pistas

Un niño en edad de escolarización primaria puede llegar a decir "soy tonto". No se trata simplemente de apoyarlos diciéndoles que no lo son, pregúnteles sobre el porqué piensa que es así, si pasó algo en la escuela, etc. El niño podrá contestar diciendo que todo es una porquería. Y entonces pregúntele qué es lo que le parece malo. Lo importante es indagar sobre lo que piensa el niño. El niño necesita de atención, del interés por su parte.

❖ Establezca y mantenga las rutinas

El niño necesita sentirse arropado por una disciplina. Se sienten colaboradores y partícipes cuando se establece un horario para cada actividad. Los "límites" los establece dentro de lo posible él. Por ejemplo: no existe nada más cálido y lleno de afecto como leer un cuento antes de dormir y ser bien arropado en su camita. De esta forma estarás diciendo al niño que los problemas no son culpa de ellos. Que todo continúa como antes y que él es importante para ti.

❖ Esté atento por si el niño tiene estrés

Es necesario reevaluar el calendario diario de actividades del niño. Pregúntese si tu hijo no está haciendo demasiadas cosas. Si no le estás sobrecargando de actividades. Puede que el niño se siente cansado y estresado.

❖ Tranquilice a su niño/alumno

Nada mejor que mimarlos y a la vez averiguar sobre su rutina. Estar pendiente sobre el

tipo de comida que más le gusta, si duerme toda la noche, si necesita de nuevas actividades y rutinas.

Busque tratamiento médico en el caso de que su hijo empiece a aislarse, comportarse mal, o a hacer comentarios negativos sobre él mismo. Tendrás que confiar en su instinto. Si ves que su niño ha sobrepasado el límite de la normalidad, busque ayuda y apoyo médico. El diagnóstico y tratamiento temprano de la depresión son esenciales para los niños deprimidos. Comente el caso con el pediatra.

2.8. La esquizofrenia en la infancia

2.8.1. Cómo detectar la esquizofrenia en los niños

La esquizofrenia es una enfermedad médica que causa pensamientos y sentimientos extraños y un comportamiento poco usual. Es una enfermedad psiquiátrica poco común en los niños, y es muy difícil de reconocer en sus primeras etapas. El comportamiento de niños y adolescentes con esquizofrenia puede diferir del de los adultos con esta enfermedad. Es un desorden cerebral que deteriora la capacidad de las personas para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Es una enfermedad crónica y compleja que no afecta por igual a quienes la padecen.

2.8.2. Estimaciones de la esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad mental que afecta a algo menos del 1% de la población de todo el mundo con independencia de razas, civilizaciones y culturas. Según datos de la OMS afecta a unos 52 millones de personas en todo el mundo.

En España se estima que existen unas 300.000 personas afectadas por esta dolencia y se calcula que cada año se diagnostican entre 15 y 30 casos nuevos por cada 100.000 habitantes.

2.8.3. ¿Cómo detectar la esquizofrenia en los niños?

Las esquizofrenias aparecidas antes de los 5 años tienen rasgos extremadamente comunes con el autismo, y solamente una evolución posterior, con la aparición de síntomas sicóticos propiamente dichos, permitirá un diagnóstico de certeza. De hecho, antes de los 3 años, el diagnóstico diferencial es muy improbable. Es prácticamente imposible distinguir una esquizofrenia de un autismo. Solamente quedará esclarecido con el paso del tiempo. No es sino a partir de los 5 años que el diagnóstico diferencial se va esclareciendo con la presencia de síntomas sicóticos (alucinaciones, delirios) en la esquizofrenia.

Pero se puede notar algunas señales de alerta en los niños con esquizofrenia. El comportamiento de un niño con esquizofrenia puede cambiar lentamente con el paso del tiempo. Por ejemplo, los niños que disfrutaban relacionándose con otros pueden

comenzar a ponerse tímidos y retraídos, como si vivieran en su propio mundo. A veces comienzan a hablar de miedos e ideas extrañas. Pueden comenzar a aferrarse a sus padres y a decir cosas que no hacen mucho sentido. Los maestros pueden ser los primeros en darse cuenta de estos problemas.

2.8.4. ¿La esquizofrenia es hereditaria?

Si en la familia hubo otros antecedentes familiares de esquizofrenia puede ser hereditaria pero en un porcentaje relativamente bajo (no supera el 25% de posibilidades), pero si la esquizofrenia se desencadenó por factores de estrés ambiental, o por otras causas que no son genéticas, no hay razón para heredarla.

2.8.5. ¿Qué se debe hacer?

A los niños con estos problemas y síntomas hay que hacerles una evaluación integral. Generalmente, estos niños necesitan un plan de tratamiento que envuelve a otros profesionales. Una combinación de medicamentos y terapia individual, terapia familiar y programas especializados (escuelas, actividades, etc.) son a menudo necesarios. Los medicamentos psiquiátricos pueden ser útiles para tratar muchos de los síntomas y problemas identificados. Estos medicamentos requieren la supervisión cuidadosa de un psiquiatra de niños y adolescentes.

2.8.6. Formas de esquizofrenia

No todas las esquizofrenias son iguales, ni evolucionan de la misma manera. Una vez realizado el diagnóstico, los profesionales las dividen en cuatro:

- ❖ **Paranoide:** Es la más frecuente. Se caracteriza por un predominio de los delirios sobre el resto de los síntomas, en particular delirios relativos a persecución o supuesto daño de otras personas o instituciones hacia el paciente. El enfermo está suspicaz, incluso irritable, evita la compañía, mira de reojo y con frecuencia no come. Cuando se le pregunta suele eludir la respuesta con evasivas. Pueden darse alucinaciones, lo que genera mucha angustia y temor.
- ❖ **Catatónica:** Es mucho más rara que las formas anteriores y se caracteriza por alteraciones motoras, ya sea una inmovilidad persistente y sin motivo aparente o agitación. Un síntoma muy típico es la llamada obediencia automática, según la cual el paciente obedece ciegamente todas las órdenes sencillas que recibe.
- ❖ **Hebefrénica:** Es menos frecuente, y aunque también pueden darse las ideas falsas o delirantes, lo fundamental son las alteraciones del estado de ánimo. Esta forma de esquizofrenia suele aparecer antes que la paranoide y es mucho más grave, con peor respuesta a la medicación y evolución más lenta y negativa.
- ❖ **Indiferenciada:** Este diagnóstico se aplica a aquellos casos que siendo verdaderas esquizofrenias no reúnen las condiciones de ninguna de las formas anteriores. Se

suele utilizar como un “cajón de sastre” en el que se incluye aquellos pacientes imposibles de definir.

2.8.7. Tratamiento de la esquizofrenia

El tratamiento de los procesos esquizofrénicos suele quedar reservado para el psiquiatra. Requiere el empleo de medicamentos difíciles de emplear, tanto por lo limitado de sus efectos como por la cantidad de reacciones adversas que pueden provocar. En general, los síntomas sicóticos antes citados corresponden a dos grandes grupos:

- ❖ Síntomas "positivos", o productivos. Se refiere a conductas o modos de pensamiento aparecidos en la crisis psicótica, en forma aditiva (nuevas conductas se añaden a las existentes). Son los delirios y las alucinaciones fundamentalmente. En este caso la palabra "positivo" no tiene connotaciones favorables; significa simplemente que "algo se suma o añade", y ese "algo" (delirios, alucinaciones) no es en absoluto nada bueno.
- ❖ Síntomas "negativos", o propios del deterioro: se restan capacidades apareciendo signos de embotamiento o de carencia. Disturbios psíquicos, el aplanamiento afectivo, la torpeza en las relaciones interpersonales, la inutilidad laboral... son típicos síntomas negativos.

Pues bien, los tratamientos básicos antisicóticos⁹ suelen actuar más o menos sobre los síntomas positivos. Pero no tenemos nada que actúe de forma brillante sobre los negativos. Solamente el empleo de algunos neurolépticos concretos o de antidepresivos a dosis bajas puede ser de alguna ayuda. Su manejo exige muchísimo cuidado, pues pueden reactivar una fase aguda de la esquizofrenia. El electroshock se reserva para los casos de baja respuesta a los neurolépticos, o para cuadros muy desorganizados con riesgos físicos para el paciente (conductas auto agresivas, por ejemplo). Su utilidad es en la fase activa, y solamente para los síntomas positivos.

2.9. El niño autista

2.9.1. ¿Cómo identificar el autismo en la infancia?

El autismo es un trastorno infantil que suele darse preferentemente en los niños varones. Las habilidades de un niño autista pueden ser altas o bajas dependiendo tanto del nivel de coeficiente intelectual como de la capacidad de comunicación verbal.

2.9.2. ¿Cuáles son las causas del autismo?

Las causas del autismo aún son desconocidas. Pero existen algunas teorías:

⁹ Neurolépticos, electroshock.

- ❖ Las relaciones del niño autista y su entorno y medio social. Se dice que el autista es así porque no ha recibido afectividad cuando era pequeño. Que ha tenido padres distantes, fríos, demasiado intelectuales.
- ❖ Deficiencias y anormalidades cognitivas. Parece existir alguna base neurológica aunque no está demostrada.
- ❖ Ciertos procesos bioquímicos básicos. Se ha encontrado un exceso de secreción de Serotonina en las plaquetas de los autistas.

2.9.3. Perfil de un niño autista

Un niño autista tiene una mirada que no mira pero que traspasa. En el lactante se suele observar un balbuceo monótono del sonido, balbuceo tardío, y una falta de contacto con su entorno, así como de un lenguaje gestual. No sigue a la madre y puede entretenerse con un objeto sin saber para qué sirve.

En la etapa preescolar el niño se muestra extraño, no habla. Le cuesta asumir el yo e identificar a los demás. No muestra contacto de ninguna forma. Pueden presentar conductas agresivas incluso a sí mismo. Otra característica del autismo es la tendencia a llevar a cabo actividades de poco alcance de manera repetitiva. El niño autista puede dar vueltas como un trompo, llevar a cabo movimientos rítmicos con su cuerpo tal como aletear con sus brazos.

Los autistas con alto nivel funcional pueden repetir los comerciales de la televisión o llevar a cabo rituales complejos al acostarse a dormir. En la adolescencia se dice que un tercio de los autistas suelen sufrir ataques epilépticos lo cual hace pensar en una causa nerviosa.

2.9.4. Un resumen de los síntomas que pueden indicar que el niño sea autista

- ❖ Acentuada falta de reconocimiento de la existencia o de los sentimientos de los demás.
- ❖ Ausencia de búsqueda de consuelo en momentos de aflicción.
- ❖ Ausencia de capacidad de imitación.
- ❖ Ausencia de juego social.
- ❖ Ausencia de vías de comunicación adecuadas.
- ❖ Marcada anormalidad en la comunicación no verbal.
- ❖ Ausencia de actividad imaginativa, como jugar a ser adulto.
- ❖ Marcada anomalía en la emisión del lenguaje con afectación.
- ❖ Anomalía en la forma y contenido del lenguaje.
- ❖ Movimientos corporales estereotipados.
- ❖ Preocupación persistente por parte de objetos.
- ❖ Intensa aflicción por cambios en aspectos insignificantes del entorno.
- ❖ Insistencia irrazonable en seguir rutinas con todos sus detalles.
- ❖ Limitación marcada de intereses, con concentración en un interés particular.

2.9.5. ¿Existe tratamiento?

La educación especial es el tratamiento fundamental y puede darse en la escuela específica o bien en dedicación muy individualizada.

Se puede recurrir a la psicoterapia aunque los resultados son escasos debido a que el déficit cognitivo y del lenguaje dificultan la terapéutica.

El apoyo familiar es de gran utilidad. Los padres deben saber que la alteración autista no es un trastorno relacional afectivo de crianza.

Es recomendable buscar y mantener contactos con asociaciones para padres de niños autistas.

Hay considerar también el tratamiento farmacológico, que deberá estar indicado por un medico especialista.

2.9.6. ¿Se puede curar el autismo?

El autismo no tiene curación. Es un síndrome que definió en 1943 un psiquiatra de origen austriaco llamado **Leo Kanner**. Hoy en día, 50 años después, aún no se conocen las causas que originan esa grave dificultad para relacionarse. Se calcula que unos 350 niños en la comunidad de Madrid conviven con el síndrome.

2.9.7. ¿Qué deben hacer los padres/educadores?

Los padres que sospechan que su niño puede ser autista, deben consultar al pediatra para que los refiera a un psiquiatra de niños y adolescentes, quien puede diagnosticar con certeza el autismo, su nivel de severidad y determinar las medidas educacionales apropiadas. El autismo es una enfermedad y los niños autistas pueden tener una incapacidad seria para toda la vida. Sin embargo, con el tratamiento adecuado algunos niños autistas pueden desarrollar ciertos aspectos de independencia en sus vidas.

Los padres deben de alentar a sus niños autistas para que desarrollen esas destrezas que hacen uso de sus puntos fuertes de manera que se sientan bien consigo mismos. El psiquiatra, además de tratar al niño, puede ayudar a la familia a resolver el estrés; por ejemplo, puede ayudar a los hermanos, que se sienten ignorados por el cuidado que requiere el niño autista, o que se sienten abochornados si traen a sus amigos a la casa. El psiquiatra de niños y adolescentes puede ayudar a los padres a resolver los problemas emocionales que surgen como resultado de vivir con un niño autista y orientarlos de manera que puedan crear un ambiente favorable para el desarrollo y la enseñanza del niño.

2.10. El síndrome de Asperger

2.10.1. Diferencias entre el síndrome de Asperger y el autismo

Debemos conocer las diferencias entre el síndrome de Asperger y el autismo. Se considera que el síndrome de Asperger es un trastorno dentro del autismo, por lo cual se denomina en muchas ocasiones autistas de alto rendimiento, a los que lo padecen. El síndrome de Asperger se ha diferenciado muy recientemente del autismo típico y existe poca información sobre el pronóstico de estos niños. No obstante, se considera que, comparado con jóvenes con otras formas de autismo, podrán con mayor probabilidad convertirse en adultos independientes, con una vida absolutamente normal. Frecuentemente cuando son adultos tienen un trabajo o profesión relacionado con sus áreas de especial interés, pudiendo ser muy competentes.

Características del Asperger	Características del autismo
El coeficiente intelectual está por lo general por encima de lo normal.	El coeficiente intelectual está por lo general por debajo de lo normal.
Generalmente el diagnóstico suele realizarse después de los tres años.	Generalmente el diagnóstico suele realizarse antes de los tres años.
El lenguaje aparece en tiempo normal.	Hay un retraso en la aparición del lenguaje.
Todos suelen ser verbales.	Aproximadamente un 25% son no-verbales.
Su gramática y vocabulario está por encima del promedio.	Si gramática y vocabulario están limitados
En general tienen interés por las relaciones sociales. Desean tener amigos y se sienten frustrados ante las dificultades sociales.	Por lo general muestran desinterés por las relaciones sociales. No desean tener amigos.
Incidencia de convulsiones igual que en el resto de la población.	Un tercio presenta convulsiones.
Por lo general son torpes.	Tienen un desarrollo físico normal.
Muestran intereses obsesivos de "alto nivel".	No muestran intereses obsesivos de "alto nivel".
Los padres detectan problemas alrededor de los dos años y medio.	Los padres detectan problemas alrededor de los 18 meses de edad.
Las quejas de los padres se producen por los problemas de lenguaje o socialización y conducta.	Las quejas de los padres se producen por los retrasos con el lenguaje.

2.10.2. ¿Qué es el síndrome de Asperger?

Afecta de 3 a 7 niños por cada mil diagnosticados. Es un trastorno profundo del desarrollo cerebral caracterizado por deficiencias en la interacción social y coordinación motora, y por los inusuales y restrictivos patrones de interés y conducta. Este comportamiento fue observado y descrito por **Hans Asperger**, un médico austriaco, cuyo trabajo solo fue traducido al resto del mundo en los años ochenta.

2.10.3. Perfil del niño con síndrome de Asperger

El niño que padece de Asperger tiene un aspecto externo normal, suele ser inteligente y no tiene retraso en la adquisición del habla. Sin embargo, presenta problemas para relacionarse con los demás y en ocasiones presentan comportamientos inadecuados. La capacidad intelectual de los niños con síndrome de Asperger es normal y su lenguaje normalmente solo se ve alterado cuando es utilizada con fines comunicativos.

Suelen fijar su atención hacia un tema concreto, de manera obsesiva muchas veces, por lo que no es extraño que aprendan a leer por sí solos a una edad muy precoz, si ese es el área de su atención.

Un niño con este síndrome también se encontrará afectado, de manera variable, en sus conexiones y habilidades sociales, y en el comportamiento con rasgos repetitivos y una limitada gama de intereses. Tienen una comprensión muy ingenua de las situaciones sociales, y no suelen manipularlas para su propio beneficio.

La mala adaptación que presentan en contextos sociales es fruto de un mal entendimiento y de la confusión que les crea la exigencia de las relaciones interpersonales. A pesar de sus dificultades, los niños que padecen de ese trastorno son nobles, poseen un gran corazón, una bondad sin límites, son fieles, sinceros, y poseen un sinfín de valores que podemos descubrir con tan sólo mirar un poquito en su interior.

Se considera que el síndrome de Asperger afecta de 3 a 7 por cada 1000 niños, entre 7 y 16 años de edad. Las cifras no son exactas, pero se reconoce que es un trastorno que afecta más frecuentemente a los niños que a las niñas.

2.10.4. Las causas del síndrome de Asperger

Existe un componente genético con uno de los padres. Con cierta frecuencia es el padre el que presenta un cuadro completo de síndrome de Asperger. En ocasiones hay una clara historia de autismo en parientes próximos.

El cuadro clínico que se presenta está influenciado por muchos factores, incluido el factor genético, pero en la mayoría de los casos no hay una causa única identificable.

2.10.5. Síntomas del síndrome de Asperger

Un diagnóstico preciso y seguro del Asperger. Como siempre afirmamos, cada niño es un mundo y no se puede generalizar. Aún menos en los casos de Asperger. Un diagnóstico preciso y seguro solo podrás solicitar a un médico especialista, así como el debido tratamiento.

Sin embargo, existen algunas características que sí pueden observar los padres cuando sus hijos tengan entre 2 y 7 años de edad. Normalmente, un niño con Asperger suele presentar algunas características con mayor frecuencia. Estas son algunas de ellas:

❖ Habilidades sociales y control emocional

- No disfrutan normalmente del contacto social. Se relacionan mejor con adultos que con niños de su misma edad y no se interesan por los deportes.
- Tienen problemas al jugar con otros niños, no entiende las reglas implícitas del juego, quieren imponer las suyas propias y ganar siempre. Tal vez por eso prefieren jugar solos.

- Les cuesta salir de casa, no les gusta ir al colegio y presentan conflictos con sus compañeros.
- Les cuesta identificar sus sentimientos con los de los demás. Presentan más rabietas de lo normal y lloran con facilidad por cualquier cosa.
- Tienen dificultades para entender las intenciones de los demás. Son ingenuos, sinceros y carentes de malicia.

❖ Habilidades de comunicación

- No suelen mirar a los ojos cuando hablan. Creen en todo aquello que se le dice y no entienden las ironías. Se interesan poco por lo que dicen los demás, les cuesta entender una conversación larga y cambian de tema cuando están confusos.
- Hablan mucho en tono alto y peculiar; usan un lenguaje pedante, extremadamente formal y con un extenso vocabulario. Inventan palabras o expresiones idiosincrásicas.
- En ocasiones parecen estar ausentes, absortos en sus pensamientos.

❖ Habilidades de comprensión

- Sienten dificultad para entender el contexto amplio de un problema. Les cuesta entender una pregunta compleja y tardan en responder.
- A menudo no comprenden una crítica o un castigo. Tampoco entienden el por qué deben portarse de forma diferente según requiere la situación o contexto social.
- Tienen una memoria excepcional para recordar datos y fechas.
- Tienen especial interés por las matemáticas y las ciencias en general.
- Aprenden a leer solos a una edad muy temprana.
- Demuestran escasa imaginación y creatividad, por ejemplo, para jugar con muñecos.
- Tienen un sentido de humor peculiar.

❖ Intereses específicos

- Cuando algún tema en particular les fascina ocupan la mayor parte de su tiempo libre pensando, hablando o escribiendo sobre ello sin importarle lo que opinen los demás.
- Repiten compulsivamente ciertas acciones o pensamientos para sentirse seguros.
- Les gusta la rutina, no toleran los cambios imprevistos, tienen rituales elaborados que deben ser cumplidos

❖ Habilidades de movimiento

- Poseen una pobre coordinación motriz, corren a un ritmo extraño y no tienen destreza para atrapar una pelota.

- Les cuesta vestirse, abrocharse los botones o hacer un lazo con los cordones de los zapatos.
- ❖ Otras características
 - Muestran miedo y/o angustia a sonidos como los de un aparato eléctrico.
 - Les gusta experimentar ligeros roces sobre la piel o la cabeza
 - Tienen la tendencia a agitarse o mecerse cuando están excitados o angustiados.
 - Manifiestan falta de sensibilidad a niveles bajos de dolor.
 - En algunos casos tardan en adquirir el habla.
 - Hacen muecas, espasmos o tics faciales inusuales.

2.10.6. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de Asperger

- ❖ El diagnóstico es más efectivo a partir de los 7 años de edad.

Al ser un trastorno reconocido recientemente por la comunidad científica es lógico que sea aún desconocido para la población general e incluso por muchos profesionales. Por esta razón, muchos casos no están diagnosticados o reciben un diagnóstico equivocado. Sin embargo, es importante establecer un diagnóstico temprano para poder establecer un tratamiento adecuado y que no empeore la situación, lo que significaría un cuadro de baja autoestima, fracaso escolar y depresión para el niño.

- ❖ Criterios diagnósticos

La mayoría de los casos de síndrome de Asperger son diagnosticados a la edad de 7 años o más tarde. Según la Asociación Americana de Psiquiatría los criterios de diagnóstico se basan en algunas pautas siguientes:

- En las dificultades cualitativas de interacción social.
 - Manifiestan patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidas, repetitivas y estereotipadas.
 - Discapacidad clínicamente significativa en el área social, ocupacional y en otras áreas importantes del desarrollo.
 - El no retraso clínico significativo en el lenguaje.
 - El no retraso clínicamente significativo para su edad cronológica, en el desarrollo cognitivo, de habilidades de auto-ayuda y adaptación, o de curiosidad por el entorno.
 - No se cumplen los criterios de otro trastorno generalizado del desarrollo o de esquizofrenia.
- ❖ ¿Y el tratamiento?

Un plan de tratamiento solo se puede establecer cuando existe un trabajo conjunto entre padres, educadores y médicos. Sin embargo, hay que considerar algunas reglas de protección para un niño con síndrome Asperger, y que necesitan que sean cumplidas:

- No les gusta que se rompa su rutina habitual. Deben ser preparados previamente cuando hay que hacer algún cambio en su vida.
- Se debe aplicar las reglas con mucho cuidado y con cierta flexibilidad.
- Los profesores deben aprovechar a tope las áreas que despierten el interés del niño, e intentar que las enseñanzas sean concretas y objetivas.
- Se puede recompensar con actividades que interesen al niño cuando haya realizado alguna tarea de forma satisfactoria.
- Utilizar las herramientas visuales en la educación de estos niños porque suelen responder muy bien a las mismas.
- Evitar la confrontación. Ellos no entienden muestras rígidas de autoridad o enfado. Se pueden volver inflexibles y testarudos.
- Hay que enseñarles que deben hacer amigos, fomentando su participación en grupos y reforzando a los compañeros para que los estimulen a participar.

Normalmente, la medicación está contraindicada en el proceso de tratamiento general. Sin embargo, en situaciones concretas, como en estados de ansiedad, de depresión o de falta de atención, es conveniente administrar fármacos bajo la prescripción y supervisión del médico correspondiente.

2.11. Síndrome de Down

2.11.1. ¿Qué es el síndrome de Down?

El síndrome de Down es una anomalía en los cromosomas que ocurre en 1,3 de cada 1000 nacimientos. Por motivos que aún se desconocen, un error en el desarrollo de la célula lleva a que se formen 47 cromosomas en lugar de los 46 que se forman normalmente. El material genético en exceso cambia levemente el desarrollo regular del cuerpo y el cerebro. Es uno de los defectos de nacimiento genéticos más comunes. Afecta las personas de todas las razas y niveles económicos por igual. No existe cura para el Síndrome de Down y tampoco es posible prevenirlo. En ningún caso el síndrome de Down puede atribuirse a algo que hicieron o dejaron de hacer los padres.

2.11.2. ¿Quiénes corren el mayor riesgo de tener un bebé con síndrome de Down?

Las parejas que ya han tenido un bebé con síndrome de Down, las madres o los padres cuyo cromosoma 21 ha sido reacomodado y las madres de más de 35 años de edad son los que corren el mayor riesgo. El riesgo de síndrome de Down aumenta con la edad, desde aproximadamente uno de cada 1.250 niños para una mujer de 25 años de edad a uno de cada 952 a la edad de 30, uno de cada 378 a la edad de 35 y uno de cada 106 a la edad de 40 años. Sin embargo, por lo menos el 70% de los bebés con síndrome de Down nacen de mujeres menores de 35 años de edad, ya que las mujeres más jóvenes tienen muchos más bebés.

2.11.3. ¿Se puede diagnosticar el síndrome de Down antes del nacimiento?

Sí. El análisis prenatal mediante la amniocentesis o una prueba más nueva llamada el análisis de la vellosidad criónica permiten diagnosticar el síndrome de Down o, con más frecuencia, confirmar que éste no está presente. Como ambos procedimientos conllevan un pequeño riesgo de infección o de pérdida del feto, generalmente se ofrecen solamente a aquellas mujeres cuyas probabilidades de tener un bebé con defectos de nacimiento cromosómicos o de otro tipo son mayores de lo normal. Un médico puede sugerir la realización de una amniocentesis cuando una mujer obtiene un resultado anormal en la prueba de alfafetoproteína (AFP), un análisis de sangre que se realiza alrededor de la semana dieciséis del embarazo. Esta prueba puede detectar la presencia del síndrome de Down en aproximadamente el 35% de los casos. Una versión más nueva de esta prueba, que mide la AFP y también los niveles de dos hormonas del embarazo, puede, aparentemente, detectar la presencia del síndrome en alrededor del 60% de los casos. Sin embargo, estos análisis de sangre no sirven para diagnosticar el síndrome de forma concluyente, ya que sólo se tratan de análisis preliminares que indican la necesidad de una amniocentesis. En términos generales, las probabilidades de concebir otro bebé con síndrome de Down en cada embarazo posterior son del 1%, más el riesgo propio de la madre según su edad. Sin embargo, si el primer niño presenta translocación del síndrome de Down, las probabilidades de tener otro niño con síndrome de Down aumentan enormemente.

Por lo general, cuando se sospecha que un bebé tiene síndrome de Down el doctor toma una muestra de su sangre para realizar un cariotipo.¹⁰ Este análisis sirve para determinar si el bebé tiene síndrome de Down y para identificar la anomalía cromosómica correspondiente. Esta información es importante en la determinación del riesgo que corren los padres en futuros embarazos. El doctor podrá enviar a los padres a un especialista en genética que puede explicar los resultados de este análisis detalladamente e indicar cuáles son los riesgos de que se repita este fenómeno en otro embarazo.

2.11.4. ¿En qué se diferencia un niño con síndrome de Down de otro normal?

Las personas con síndrome de Down tienen más similitud que diferencias con las personas de desarrollo regular. Por otra parte, existe una gran variedad de personalidad, estilos de aprendizaje, inteligencia, apariencia, obediencia, humor, compasión, congenialidad y actitud entre los bebés con síndrome de Down.

Físicamente un niño con síndrome de Down puede tener ojos almendrados y orejas pequeñas y ligeramente dobladas en la parte superior. Su boca puede ser pequeña, lo que hace que la lengua parezca grande. La nariz también puede ser pequeña y hundida en el entrecejo. Algunos bebés con síndrome de Down tienen el cuello corto y las manos pequeñas con dedos cortos. Son niños con una inteligencia social excepcional.

2.11.5. ¿Tienen problemas específicos de salud?

Entre el 30% y el 50% de los bebés con síndrome de Down tienen defectos cardíacos. Algunos defectos son de poca importancia y pueden ser tratados con medicamentos,

¹⁰ Análisis de cromosomas.

pero hay otros para los que se requiere cirugía. Todos los bebés con síndrome de Down deben ser examinados por un cardiólogo pediátrico, un médico que se especializa en las enfermedades del corazón de los niños, y ser sometidos a un ecocardiograma durante los 2 primeros meses de vida para permitir el tratamiento de cualquier defecto cardíaco que puedan tener.

Entre el 10% y el 12% de los bebés con síndrome de Down nacen con malformaciones intestinales que requieren ser corregidas quirúrgicamente. Más del 50% tienen alguna deficiencia visual o auditiva. Entre los problemas visuales más comunes se encuentran el estrabismo, la miopía, la hipermetropía y las cataratas. La mayoría de los casos pueden ser tratados con gafas, con cirugía o mediante otros métodos. Se debe consultar a un oftalmólogo pediátrico durante el primer año de vida del niño. Los niños con síndrome de Down pueden tener deficiencias auditivas por causa de la presencia de líquido en el oído medio, de un defecto nervioso o de ambas cosas. Todos los niños con síndrome de Down deben ser sometidos a exámenes de visión y audición de forma regular para permitir el tratamiento de cualquier problema y evitar problemas en el desarrollo del habla y de otras destrezas. Los niños con síndrome de Down tienen mayores probabilidades de sufrir problemas de tiroides y leucemia. También tienden a resfriarse mucho y a contraer bronquitis y neumonía. Los niños con este trastorno deben recibir cuidados médicos regulares, incluyendo las vacunas propias de la niñez.

2.11.6. ¿Pueden asistir a la escuela?

Por lo general, los niños con síndrome de Down pueden hacer la mayoría de las cosas que cualquier niño pequeño puede hacer, tales como hablar, caminar, vestirse y aprender a ir al baño. Sin embargo, generalmente aprenden más tarde que otros niños. Los niños con síndrome de Down pueden asistir a la escuela. Hay programas especiales a partir de la edad preescolar que ayudan a los niños con síndrome de Down a desarrollar destrezas en la mayor medida posible. Además de beneficiarse de la intervención temprana y la educación especial, muchos niños consiguen integrarse completamente en las aulas para niños normales. El porvenir de estos niños es mucho más prometedor de lo que solía ser. Muchos de ellos aprenderán a leer y escribir y participarán en diversas actividades propias de la niñez, tanto en la escuela como en sus vecindarios.

Si bien hay programas de trabajo especiales diseñados para adultos con síndrome de Down, mucha gente afectada por este trastorno es capaz de trabajar regularmente. Hoy en día, la cantidad de adultos con síndrome de Down que viven de forma casi independiente, en hogares comunitarios, cuidando de sí mismos, participando en las tareas del hogar, haciendo amistades, tomando parte en las actividades recreativas y trabajando en su comunidad, es cada vez mayor. Algunos incluso llegan hasta casarse.¹¹

¹¹ Algunos jóvenes con síndrome de Down se han casado, aunque esto sucede de forma infrecuente. Si bien se han producido raras excepciones, los varones con síndrome de Down no pueden engendrar hijos. En cualquier embarazo, una mujer con síndrome de Down tiene el 50% de probabilidades de concebir un niño también con síndrome de Down, pero muchos embarazos con fetos afectados se pierden naturalmente.

2.11.7. ¿Se les puede enseñar la Biblia?

Si tomamos en cuenta que las personas con síndrome de Down más inteligentes pueden alcanzar la capacidad mental de un niño de siete años, podemos hablarles del Señor y de sus cosas en los términos que lo haríamos con un niño de esa edad. De igual modo podemos esperar de ellos respuestas semejantes también a niños de esa misma edad.¹² Con aquellos que no lleguen a ese nivel de capacidad nos cabe la esperanza de saber por la palabra de Dios que el constante estado de infancia en el que se encuentran les hace estar también permanentemente bajo las promesas de Dios para los niños:

“Dejad a los niños venir a mí, y no se lo impidáis; porque de los tales es el reino de los cielos” (Mt 19.14).

“Así que no es la voluntad de vuestro padre que está en los cielos, que se pierda uno de estos pequeños” (Mt 18.14).

Aquello que es su desgracia temporal es su bendición eterna. Su perpetua infancia les asegura un lugar en el reino de los cielos en virtud de la bondad y misericordia de Dios que los ha incluido en el Pacto de Gracia.¹³ De haber llegado a la conciencia de los adultos quizás muchos de ellos habrían vivido de espaldas a Dios y jamás obtendrían la salvación.

¹² Leer si hace falta lo dicho en la lección primera.

¹³ (Gn 17.7) (Hch 2.39; 16.31)

BIBLIOGRAFÍA:

- ❖ MONCLÚS ESTELLA *Educación y sistema educativo*, Ed. Universidad Complutense, Madrid, 2004.
- ❖ E. TRENCHARD *El niño y la Escuela Dominical*, Ed. LB, Madrid, 1965.
- ❖ GARY COLLINS *Hombre en transición*, Ed. Caribe, USA, 1978.
- ❖ H. HENDRICKS *Enseñando para cambiar vidas*, Ed. Ed. UNILIT, USA, 2003.
- ❖ INA S. LAMBDIN *El arte de enseñar a los intermedios*, Ed. CBP, USA, 1969.
- ❖ JAY E. ADAMS *Capacitado para orientar*, Ed. PE, Barcelona, 1981.
- ❖ JILL MASTERS *Enseñanzas para toda la vida*, Ed. Peregrino, USA, 2006.
- ❖ J. M. PRICE *Jesús el maestro*, Ed. CBP, USA, 1973.
- ❖ L. SANDERSON *Usando la Escuela Dominical en el Evangelismo*, Ed. CBP, USA, 1958.
- ❖ LUISA JETER DE WALKER *Métodos de enseñanza*, Ed. Vida, USA, 1975.
- ❖ P. SÁNCHEZ DELGADO *El proceso de enseñanza y aprendizaje*, Ed. Universidad Complutense, Madrid, 2004.
- ❖ TEDD TRIPP *Cómo pastorear el corazón de su hijo*, Ed. SP, USA, 2004.
- ❖ VVAA *Curso para la obtención del CAP de la Universidad Alfonso X el Sabio*, Ed. ICSE, Gran Canaria, 2005.
- ❖ VVAA *Educación cristiana*, Ed. CITE, USA, 1992.
- ❖ VVAA *Libro blanco de la enseñanza evangélica*, Ed. FERED, Madrid, 1990.
- ❖ VVAA *Llamados a enseñar*, Ed. Caribe, USA, 1969.
- ❖ W. V. GRITTER *Los principios de la enseñanza cristiana*, Ed. CITE, USA, 1990.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

NOMBRE:

1. ¿Por qué hay que tener en cuenta la edad del alumno a la hora de enseñarle?

Fundación
Entidad sin ánimo de lucro

Fundación
Entidad sin ánimo de lucro

