

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
*Departamento de Psicología. B. Psicobiología y M.
de las Ciencias del Comportamiento.*

DETECCIÓN DE PROBLEMAS ORGÁNICOS EN EL MARCO DE LA ESCUELA INFANTIL



José Luis Moya Palacios

Magisterio. Psicólogo Clínico. Psicólogo del Lenguaje. Máster en P. Sofrológica. Máster en Hipnosis Clínica. Miembro de la <<American Association of Professional Hypnotherapists>>. Exprofesor A. Universidad de Salamanca. Consulta privada. ExPsicopedagogo del E. M. de A. Temprana del M.E.C. de Salamanca.

DETECCIÓN DE PROBLEMAS ORGÁNICOS EN EL MARCO DE LA ESCUELA INFANTIL

<<El presente artículo plantea a los profesionales de la E. Infantil, Jardín de Infancia y primeros cursos escolares, la posibilidad de detectar problemas orgánicos en los niños, a partir de una observación sistemática dentro del aula.

Se consideran diferentes signos neurológicos que pueden afectar a las actitudes normotónicas, al tiempo que se delinean los patrones comportamentales y las principales conductas desadaptadas que sugieren un problema neurológico>>.

INTRODUCCION

El ámbito escolar es un marco que nos permite detectar y prevenir múltiples tipos de patologías y anormalidades.

A efectos pedagógicos, nos vamos a permitir organizar los contenidos de los problemas orgánicos infantiles (desestructurantes o hipofuncionantes) en torno a cuatro ejes:

- Las patologías orgánico-fisiológicas.
- Los retrasos o alteraciones del habla y el lenguaje.
- Los trastornos motores y lecto-gráficos.
- Las desestructuraciones psicológicas, socio-familiares y conductuales.

No siempre el niño presenta una problemática pura referida a alguno de los 4 ámbitos mencionados.

En ocasiones, las disfunciones se entrecruzan y, desgraciadamente, forman una red, que a nivel terapéutico no es fácil de desmontar. Por ejemplo, es frecuente que determinadas alteraciones neurológicas cursen con problemas motores (ideocinéticos u holocinéticos) y/o con alteraciones viso-perceptivas.

Cambios en las variables interrelacionales y familiares originan trastornos psicológicos en el niño y, con frecuencia, influyen sobre la lecto-escritura y el nivel comportamental.

A fin de tener como profesionales un referente para detectar las diversas anomalías en el marco de la E. Infantil, vamos a sistematizar algunas

problemáticas de organicidad que pueden advertirse desde el medio educativo. Su descripción permitirá un abordaje temprano, posibilitando una rápida intervención educativa y terapéutica.

ESCOLARIZACION EN LA E. INFANTIL

Es frecuente encontrarse en el ámbito escolar una florida gama de patrones de organicidad en los niños diferentes. El espectro de alteraciones abarca un amplio y variado abanico. Entendemos que se hace necesario saber discriminar los signos de interpretación patológica referidos al primer año de vida y ya tratados en otra parte de este volumen.



Los patrones orgánicos se asocian y alternan frecuentemente con patrones de desorganización conductual dependiendo de determinadas situaciones individuales, estados de humor y ansiedad variable, grado de actividad, etc., o surgen en función de los estímulos que ofrece el marco ambiental.

Tampoco suele ser inusual, en las primeras etapas infantiles y dentro del marco de la propia guardería, los episodios epilépticos, caracterizados, según su nivel de gravedad, por crisis con sintomatología elemental: ausencias o episodios convulsivos con descargas complejas y alteraciones tónicas, cognitivas y de conciencia, calificadas como graves.

Las primeras, las ausencias epilépticas, se reconocen por una aparición brusca, por una disminución o anulación del nivel de conciencia, sin caída al suelo, con una duración que oscila entre los 2 y los 15 segundos. Los episodios y ausencias suelen aparecer entre los 3 y los 12 años.

Las secuelas de estas crisis son variadas, y abarcan, desde discreta pérdida del tono, pasando por alteraciones comportamentales y apatía, llegando, en algunos casos, a sentir el niño sueño repentino, desgana, pérdida de interés, o alteraciones del estado de humor.

Desde otro ángulo, y tras numerosas investigaciones, se han descubierto, en los sujetos con lesiones cerebrales, aberraciones psicológicas que Rappaport (1964) ha condensado bajo el título "*discontrol, disregulación e inadecuación de impulsos*."

Entre las principales conductas o patrones sospechosos de un problema neurológico, insisto, que habrá que contrastar con los distintos profesionales, tenemos:

- 1- La hiperactividad.
- 2- La labilidad atenta y la desinhibición.
- 3- La perseveración.
- 4- La labilidad afectiva.
- 5- La disfuncionalidad motórica.

Demos una visión sintética de estas problemáticas que presentan su decurso evolutivo más crítico a edades tempranas.



1- LA ACTIVIDAD DEL NIÑO HIPERKINETICO

Es posible que muchos de nosotros hayamos tenido algún niño con esta problemática en nuestros respectivos marcos educativos.

¿Qué es lo que caracteriza este patrón de hiperkinesia?

Los síntomas¹ son varios. Unos, asociados a la falta de atención, a la impulsividad, etc. aunque basta con que se manifiesten dos de estas sintomatologías que vamos a citar, para que podamos pensar en una posible disfunción orgánica.

- * Pasar de una acción a otra sin motivación.
- * Sensación de acoso por una actividad sin finalidad ni intencionalidad definida: subirse a los muebles, correr en exceso de un lado a otro.
- * Al niño le cuesta permanecer quieto en un sitio, ya sea en pie, ya sentado.
- * Durante el sueño se mueve de forma desasosegada.

¹Cfr. AMERICAM PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: Ed. Masson. Barcelona. 1992.



- * El nivel lúdico en estos niños no existe; juegan con los objetos de forma pasajera, como pasando sobre ellos.
- * Manipulan los objetos de forma inatentiva o automática. No les prestan atención significativa.
- * En su actividad no se advierte una clara intencionalidad. Lo importante para ellos es satisfacer el impulso motriz. De ahí que vayan de un sitio a otro, toquen todo, lo tiren, etc. Aunque aquí juegan un papel importantísimo los padres, el nivel estimular, y los propios educadores.
- * La hiperactividad es, en estos casos, una reacción a los diversos estímulos impactantes del medio, muy propia de los sujetos que no poseen aún desarrollado el control cortical automático de la motilidad corporal.

- * El sujeto hiperkinético lo es de forma continua. Actúa como si estuviese siempre en marcha, desarrollando un poderoso gasto energético sin apenas fatigabilidad.
- * Estas problemáticas suelen iniciarse antes de los siete años. Como criterio de diagnóstico diferencial, el comportamiento debe durar al menos 6 meses.

A nivel educativo sabemos que, hasta que el control motriz intencional se automatice, no será posible que las estructuras superiores cerebrales que lo gobiernan puedan dedicarse a tareas de mayor jerarquía conceptual.

Desde el punto de vista de intervención escolar, estos niños deberían recibir, entre otras cosas, pero de forma prioritaria, un tratamiento sistemático en modificación de conducta:

- Reducción de los desajustes individuales.
- Adquisición de nuevos repertorios conductuales.
- Mantenimiento de determinadas conductas adaptadas.
- Implementación de repertorios conductuales.

2- LA LABILIDAD ATENTIVA Y LA DESINHIBICION

A) LA LABILIDAD ATENTIVA:

Llamamos labilidad atenta o distractibilidad a la incapacidad para enfocar la atención de una manera selectiva en uno de los aspectos más importantes de una situación (Hirt,1964).

La hiperdistractibilidad suele generar dos tipos de respuestas:

1-Frente a los estímulos impactantes del medio externo:

- * El niño se excita y motiva por pequeños acontecimientos de la realidad.
- * Cae en la cuenta de detalles mínimos, inconsistentes e irrelevantes.
- * Se distrae con frecuencia y con cualquier nadería.
- * Reacciona frente a grabados, dando respuestas ingenuas de pequeño detalle que son insignificantes dentro del conjunto. Su pensamiento es ideofugal.
- * Normalmente, son niños que comienzan una tarea y la dejan por otras actividades que reclaman temporal e inmediatamente su atención.
- * No suelen enterarse de las directrices e indicaciones dadas en grupo.

2- Frente a los estímulos generados desde el propio interior:

- * El niño regido por un patrón desatentivo interno parece vivir en su propio mundo interior, no tiene en cuenta las órdenes, es anárquico, asistemático (al nivel que un niño puede serlo).
- * Mientras deambula, fona jergas verbales o nombres repetitivos.
- * Su actividad se polariza hacia el teatro de su actividad imaginativa personal, de ahí que el adulto no encuentre explicaciones a determinados comportamientos, en ocasiones estereotipados, repetitivos o alógicos. (Desde el espectador)
- * No es extraño encontrar a un niño de preescolar interrumpiendo extemporáneamente al profesor durante una asamblea con verbalizaciones fútiles, fuera de contexto, o a ese mismo niño danzando por la clase mientras el resto de compañeros se encuentra enfrascado en la realización de actividades.

Para poder diagnosticar o detectar a un niño falto de atención debe realizar, al menos 3 de las siguientes conductas que a continuación se detallan:

- No acaba las actividades que se le encomiendan.
- No presta atención o no parece que escuche lo que se le dice.

- Encuentra serias dificultades para centrarse en una tarea que implica una atención sostenida.
- El niño no es capaz de concentrarse en el juego.

Cuando se advierte esta seria incapacidad para fijar la atención, es muy probable la sospecha de lesión neurológica.



Actualmente la mayoría de los niños se encuentran activados por múltiples y continuas estimulaciones, sobre todo de tipo visual y auditivo, llegando en algunos casos, a saturar su capacidad discriminativa y a distorsionar los índices de su propia realidad existencial.

Entendemos que es posible que controlando la cantidad y calidad de estímulos, los procesos educativos mejoren, pero no es menos importante establecer cuál es el mejor canal receptivo (visual, auditivo, kinésico) para expandir la información en la forma más eficaz. Cuando los mensajes del mundo exterior aferentizan por uno o dos canales de acceso en simultáneo, se

asocian e integran funcionalmente, quedando establecido en la mente del niño un punto de referencia.

Esta zona de referencia o concepto, puede ser utilizado por el educador para plasmar información adicional transmitida por canales más irrelevantes o débiles.

A partir de aquí, la labilidad atenta tenderá a disminuir, toda vez que el niño tiene la posibilidad de relacionar los estímulos porque parten del centro de interés personal.

B) EL NIÑO DESINHIBIDO

La desinhibición o inquietud motriz es una interferencia interna que obedece a un trastorno de las aferencias que intervienen en la organización postural.

Debido a esta falla el niño no es capaz de automatizar las posturas para la realización de los distintos aprendizajes. Por ello debe controlar, de forma continuada, sobre los niveles superiores, la permanencia de las posturas elicítadas. Esta situación se traduce en una permanente modificación postural y en una acentuada disminución de las posibilidades atencivas para el desempeño eficaz de las diversas actividades.

EL niño desinhibido e impulsivo presenta al menos 3 de los siguientes síntomas:

- * Le cuesta mantener el control de sí mismo en los juegos y actividades.
- * Actúa en muchas ocasiones antes de pensar.
- * Cambia con inusitada frecuencia de una actividad a otra.
- * Tiene problemas a la hora de organizarse el trabajo, pero no por déficit cognitivo.
- * Por parte del profesor necesita una supervisión constante.
- * Normalmente, el niño desinhibido, impulsivo, lleva una sintomatología asociada que varía en función de la edad e incluye:
 - Bajo nivel de tolerancia a la frustración.
 - Obstinación, testarudez, negativismo.
 - Falta de respeto por las normas sociales y la disciplina.
 - Exaltación de la labilidad emocional.
 - Baja autoestima.
 - Explosiones temperamentales.

3- LA PERSEVERACION

Esta problemática hace referencia a la falta de control de los impulsos motóricos infantiles, sean del tipo que sean.

Consiste en una repetición persistente de acciones, palabras o ideas. Es considerada, generalmente, como una tendencia a continuar una actividad sin que se complete.

Desde otro punto de vista *"la perseveración es la incapacidad para pasar de una actividad a otra o la inercia manifiesta del organismo que retarda el cambio de una situación-estímulo a otra, y hace que un estímulo dado, al cual el individuo ha hecho una adaptación, produzca un efecto posterior prolongado."* (Cruickshank y col.)

A nivel verbal es corriente, en niños con problemas de organicidad, escuchar monotemas: canciones, palabras, frases de tipo estereotipado.

El lenguaje de estos niños suele ser vago, y proporciona poca información a causa de las continuas repeticiones o frases estereotipadas.

Desde el ámbito manipulativo son muy corrientes actividades motrices de tipo perseverativo: empeñarse en la consecución de un determinado movimiento, tornar a encajar de la misma manera un puzzle, etc.

Desde el plano pregráfico o gráfico, se puede observar un niño con dificultades viso-perceptivas que es incapaz de controlar el movimiento iniciado, de ahí que en el test de *L. Bender*, este síntoma sea tomado como signo neurológico en las figuras 1-2-6 a partir de los 7 años.

En la figura 1, consistente en reproducir una serie de puntos, el niño inicia el movimiento y por inercia kinética, tiende a reproducir perseverativamente esos mismos puntos sin poner freno controlado a su reproducción.

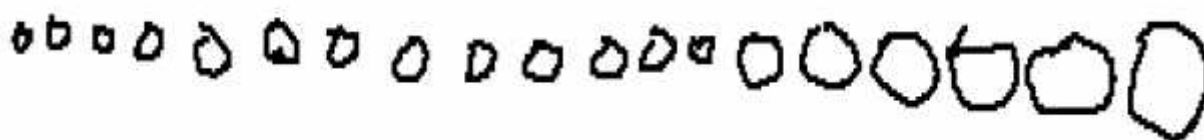


FIG 1 - GRAFICACION DE LA FIGURA 1 del Test Guestáltico Visomotor de Laureta Bender en el que se aprecia el fenómeno de perseveración. Niño de 7 años 9 meses.

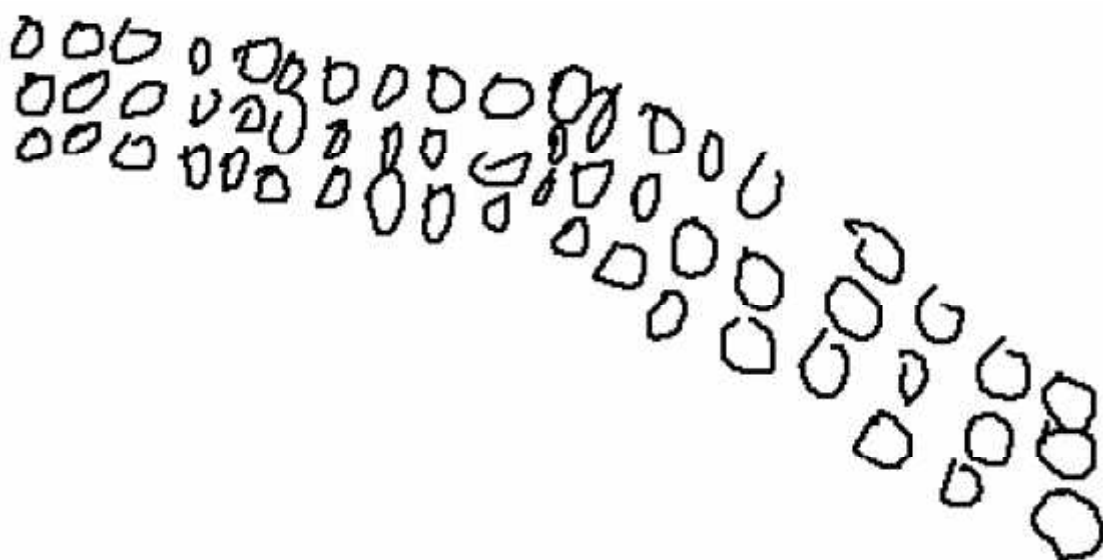


FIG 2- FENOMENO DE PERSEVERACION obtenido sobre el protocolo del mismo niño relativo a la fig. 2.



FIG 3- FENOMENO DE PERSEVERACION EN LA FIGURA 6.

4- ALTERACIONES DE LA AFECTIVIDAD.

Otra forma de percibir la posibilidad de trastorno orgánico en el ámbito escolar, es observando el nivel afectivo en que el niño fluctúa.

La labilidad afectiva es una forma de inestabilidad emotiva, en la que el niño hiperreacciona a una estimulación mínima mediante una respuesta excesivamente intensa o fluctuante.

Puede sospecharse de signo neurológico infantil:

- Cuando el sujeto es lábil en sus manifestaciones afectivas y sin motivaciones externas aparentes, de forma repentina, pasa de la risa al llanto .
- Cuando se advierte una afectividad aplanada, caracterizada por una reducción intensa de la afectividad, no hay signos faciales de expresión: facies inexpresiva, cara inmóvil, voz monótona.
- Cuando el niño manifiesta una afectividad inapropiada, muy discordante en relación al lenguaje: ríe frente a acontecimientos que normalmente producirían tristeza, no tiene presente el sentido de la realidad.

5- DISFUNCIONES MOTORICAS.

Al hablar de disfunciones motóricas aludimos a determinados eventos de la vida del niño que pueden tener una base orgánica, y cuya desestructuración funcional es patente y reviste una cierta gravedad.

No se incluyen aquí disfunciones motóricas de carácter menor.

La disfunción motórica es una manifestación de dificultad o incapacidad para llevar a cabo tareas ideocinéticas y holocinéticas con eficacia y mínimo gasto energético.

Es fácil detectar alteraciones neuro-motoras gruesas en el marco educativo:

- Afectaciones de tipo postural: global o segmentario.
- Afectaciones motrices en los diversos esquemas de desplazamiento: marcha temblorosa, marcha en tijera.
- La afectación del tono muscular del niño, en gran parte de los casos más graves, alude a un daño neurológico que topográficamente se puede concretar en:

- *Cuadriplejia*: Afecta en su conjunto a los cuatro miembros.
La expresión "doble hemiplejia" es utilizada habitualmente para significar que los brazos están cuantitativa y cualitativamente más afectados.
- *Displejia*: Afecta a los cuatro miembros, pero más a las piernas que a los brazos.
- *Paraplejia*: Afectación a ambas piernas.
- *Triplejia*: Afectación a tres miembros.
- *Hemiplejia*: Afectación a un hemicuerpo.
- *Monoplejia*: Afectación a un miembro corporal.

Un niño con una lesión neurológica sería presentará diversas problemáticas: unas, de tipo intelectual, otras, de tipo motor.

No siempre estos eventos se dan necesariamente en simultáneo y con el mismo grado de afectación.

Se hace necesario, por tanto, que desde la disfunción motora conozcamos algunas de las distintas características de determinadas afecciones orgánicas que siempre decursan con retraso y/o desorden motor.

A) LA ESPASTICIDAD:

La espasticidad no es más que el aumento del tono muscular con características elásticas.



La espasticidad afecta a los músculos agonistas o antagonistas pero no a ambos.

Se acentúa con las emociones, y supone una disregulación motriz de la musculatura agonista frente a la antagonista manifestada en:

- * Movimientos lentos.
- * Exaltación tónica de las partes afectadas: hipertonia, rigidez.
- * En ocasiones, posturas anormales frente a movimientos voluntarios e involuntarios.
- * Movimientos masivos que se pueden transmitir a todo el esquema corporal.
- * Carencia de armonía coordinatoria, flexibilidad, rapidez y eficacia para los gestos conscientes o pautados.

B) LOS MOVIMIENTOS ATETOSICOS:

En los movimientos del niño atetósico pueden observarse las siguientes características:

- La motricidad atetósica aparece en manos y pies, bien a nivel proximal o distal.
- Consiste en un cambio de tono, en la realización de movimientos involuntarios, incontrolados, sin finalidad, de características lentas o rápidas, y se presentan dentro de los tipos de contorsión, sacudida, manotazo, temblor.
- Esta motricidad de tipo involuntario se ve aumentada por la excitación, el esfuerzo, la inseguridad, con espasmos repentinos de flexión o extensión.

- En ocasiones, se presenta una danza atetoide en el niño por la imposibilidad de lograr mantener su peso sobre los pies. Depositán el peso corporal sobre un pie, mientras con el otro, rascan o arañan el suelo, hecho que se atribuye al conflicto entre los reflejos de asir y soltar que también puede detectarse a nivel de manos.

C) EL NIÑO ATAXICO

La ataxia es una fallo en el proceso coordinatorio-muscular debida a alteraciones neurológicas.

El niño atáxico presenta, en la mayoría de los casos, perturbaciones del equilibrio y se acompaña de reacciones manuales o braquiales para compensar su inestabilidad.

Toda su motricidad de tipo voluntario es incoordinada, torpe.

Al pretender coger un objeto, o lo pasa o no llega, toda vez que presenta una disimetría. Su mano activa adquiere temblor en relación al objeto que va a tomar.

Tanto las problemáticas atetósicas, atáxicas como espásticas, son de fácil identificación en el marco escolar por su florida sintomatología.

Sin embargo, hay determinadas desorganizaciones visomotoras que sólo pueden ser detectadas tras un análisis serio de los diversos protocolos referidos a la producción gráfica infantil.

A fin de practicar un reconocimiento fiable y aproximativo a la lesión orgánica, a la disfunción neurológica, y para detectar algunas perturbaciones emocionales, es conveniente utilizar el test giestáltico visomotor de *Elisabeth Munsterberg Koppitz*².

²ELISABETH MUNSTERBERG KOPPITZ: El test giestáltico Visomotor para niños. Biblioteca pedagógica. Ed. Guadalupe. Buenos Aires 1994.