



Educaguía
.com

PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE CONDUCTA EN EL AULA

X. PROBLEMAS DIVERSOS

- ✚ PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN
- ✚ PROBLEMAS DE SUEÑO
- ✚ PROBLEMAS EN EL CONTROL DE ESFÍNTERES
- ✚ TARTAMUDEZ
- ✚ HÁBITOS NERVIOSOS

X . PROBLEMAS DIVERSOS

PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN

Estaríamos ante problemas de nuestros alumnos relacionados con la alimentación. La comida puede ser para algunos un lugar de refugio ante las dificultades de índole personal. Para otros, en donde se expresan conflictos psicológicos.

ALTERACIONES ALIMENTICIAS

PROBLEMAS CON LOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN:

Niños que comen mal o poco, despacio, rechaza determinados alimentos, comen peor con determinadas personas o situaciones, etc.



Se valoran las pautas alimenticias, la interferencia de las variables relacionales (poder, rechazo, etc.) en la alimentación, el estado nutritivo, el grado de malestar y de deterioro en la relación por el problema, etc.

En caso de problema relacional es importante que los padres no asocien comer con conflicto, no usen por tanto la fuerza, actúen tranquilos y sin contagiarse (nada de gritos, tensiones, etc.), al contrario sonrisas y buenas maneras de actor, que pongan la comida delante del niño y avisen que se le retirará después de 30 minutos, si no lo comió no recriminar, ya comerá. Evitar que coma ente horas. Darle de nuevo la comida en la toma siguiente que corresponda. Reforzar pequeños logros.

HIPERFAGIA: Se produciría una ingesta alimenticia excesiva en respuesta a situaciones o acontecimientos estresantes (disgustos, época de exámenes, momentos de vacío o depresión, etc.). Derivaría de problemas de ansiedad. Puede traer consigo una obesidad resultante.

OBESIDAD: Puede derivar de problemas constitucionales, una mala dieta, etc.. Es importante tener en cuenta la percepción que tiene de si el propio alumno y la adaptación social.

PICA: Se trata de la ingestión de sustancias sin valor nutritivo (madera, papel, ropa, etc.). Es un síntoma de otras alteraciones más importantes (retraso mental, niños deprivados y abandonados, esquizofrenia, autismo, ...).

RUMIACIÓN: Se produce una regurgitación repetida de la comida con pérdida de peso o incapacidad para tener el peso normal. Lo regurgitado lo escupen, mastican, etc..

Es preciso diferenciar este problema de problemas físicos (hernia de hiato, infecciones del aparato digestivo o estenosis pilórica.

ANOREXIA Y BULIMIA

Datos del 1º CONGRESO INTERNACIONAL DE INTERVENCIÓN BIO-PSICO-SOCIAL celebrado en Bilbao en Julio de 1999 indican que los datos oficiales en España rebajan la cifra a 250.000 afectados por anorexia y bulimia, pero que realmente la cifra es mucho más alarmante, situándose para muchos expertos en más del doble. Ello se debe a que los datos oficiales no reflejan la “enfermedad oculta” de los casos no detectados o diagnosticados o de aquellos que reciben asistencia en centros privados. Señalan que en torno al 90 % de los casos se trata de mujeres. Y que la edad de riesgo ha bajado actualmente a los 9 años. Las cifras indican que sobre un 20 % de las personas enfermas de anorexia muere por esta causa y que el índice de suicidios en estos enfermos es 200 veces superior al índice general. Del 10 % restante, varones, sobre un 30 % se trata de homosexuales masculinos.

Estos problemas alimenticios son complejos y multicausales. Cada persona precisa una valoración precisa de su trastorno y analizar las causas específicas relacionadas. La importancia del estereotipo de moda de extrema delgadez, las variables de personalidad, determinadas experiencias tempranas, el grado de sensibilidad a las normas sociales impuestas desde fuera con ausencia de crítica y sumisión de las mismas, la proyección a otros de la falta de aceptación corporal propia (“no acepto mi cuerpo” → “los demás no lo aceptaran” → “Estoy horrible”) y la tendencia a que a la mujer se la asocie a su cuerpo (“Yo soy mi cuerpo”).

SIGNOS DE ALARMA

- REDUCCIÓN-PRIVACIÓN DE ALIMENTOS
- EXCESIVA PREOCUPACIÓN POR LA IMAGEN CORPORAL
- AUSENTARSE TRAS LAS COMIDAS (IR AL BAÑO, ETC.)
- CONDUCTA “RARA” CON LA COMIDA
- RITUALES AL COMER
- INTERÉS EXCESIVO POR DIETAS
- SEGUIR BAJANDO PESO A PESAR DE SER EL ADECUADO
- INTERÉS EN PREPARARSE SU COMIDA O SERVIRSE
- TIRAR LA COMIDA
- QUERER COMER A SOLAS
- PROBLEMAS CON LA ROPA
- ATRACONES
- LAXANTES Y OTROS MEDICAMENTOS
- IR DE NOCHE A LA COCINA
- PÉRDIDA DE PESO
- SALTARSE COMIDAS
- DESAPARECER COMIDA
- VERSE OBESO
- COMIDA SIN GRASAS (ESCURRIR, TIPO DE ALIMENTOS, ETC.)
- CAMBIOS DE HUMOR
- BAJA AUTOESTIMA

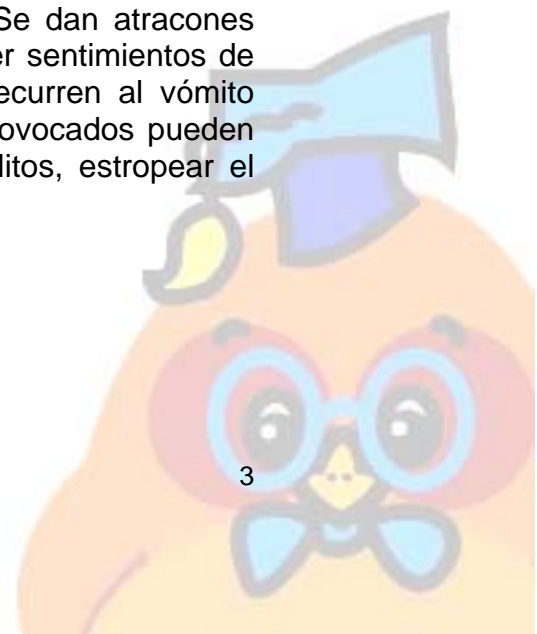
SIGNOS DE ALARMA

- HIPERPREOCUPACIÓN
- CIERTO AISLAMIENTO
- MENTIRAS
- DEPRESIÓN
- PUEDE DARSE EN PERSONAS PERFECCIONISTAS
- MOTIVACIÓN DE LOGRO ESCOLAR
- TENDENCIA A COMPLACER A LOS DEMÁS
- A VECES BUENOS NIVELES INTELECTUALES
- PIEL SECA
- ASPECTO PÁLIDO
- LANUGO
- AMENORREA
- HERIDAS EN LOS DEDOS
- GRIETAS EN LOS LABIOS
- OJOS HUNDIDOS
- TENER FRÍO A MENUDO
- TAPARSE MUCHO EL CUERPO

ANOREXIA: Se produce un intenso miedo a engordar, se asocia a una imagen o percepción del cuerpo alterada (verse gordo), cierto grado con el tiempo de desnutrición, puede haber exceso de actividad y en ocasiones apatía y fatiga. El estado anímico puede estar deprimido, con cambios bruscos de humor. Se asocia a ciertos problemas atencionales y de la concentración, nerviosismo e inquietud, pérdida de interés sexual, insomnio, preocupación constante por la comida o temas relacionados, , restricción de intereses, baja autoestima. En mujeres se produce con el tiempo cambios hormonales y pérdida de la menstruación. Pueden recurrir a múltiples medios para adelgazar: excesivo ejercicio físico, laxantes, ayuno, diuréticos, vómitos, medicamentos para frenar el apetito (anoréxicos, anfetaminas, cocaína, etc.). Puede asociarse a bulimia.



BULIMIA: Se producen atracones recurrentes de comida con la sensación de no poder controlar lo que se come ni poder evitar comerlo. También tratan de evitar el peso supuestamente inadecuado. Para ello pueden recurrir también a las anteriores estrategias descritas. Se dan atracones que reducen su malestar inicial para a continuación tener sentimientos de culpa, autodesprecio y temor a engordar por lo que recurren al vómito tendiendo a esconderse y disimular. Los vómitos autoprovocados pueden crear problemas gástricos, desequilibrios en los electrolitos, estropear el esmalte dental y otras complicaciones de gravedad.



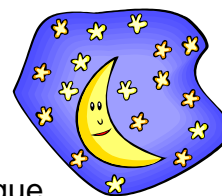
Con los **TRATAMIENTOS** actuales entre un 65 y un 75 % de los casos mejoran. Si se detecta y trata en fases temprana la cifra sube a aproximadamente el 90 % de los casos. El porcentaje que no logra superar el problema puede llegar a la muerte y tener asociados otros trastornos de personalidad.

PAUTAS DE ACTUACIÓN

- ✚ Podemos aconsejar algunas pautas en casos de problemas de hábitos.
- ✚ Manifestar nuestras observaciones y colaborar con los padres y profesionales que se encarguen directamente del problema.
- ✚ En el caso de anorexia y bulimia podemos ayudar tanto escolar como emocionalmente.

PROBLEMAS DE SUEÑO

PROBLEMAS DE SUEÑO “MENORES”: Se trataría de niños que no quieren dormir solos o que se levantan de noche.

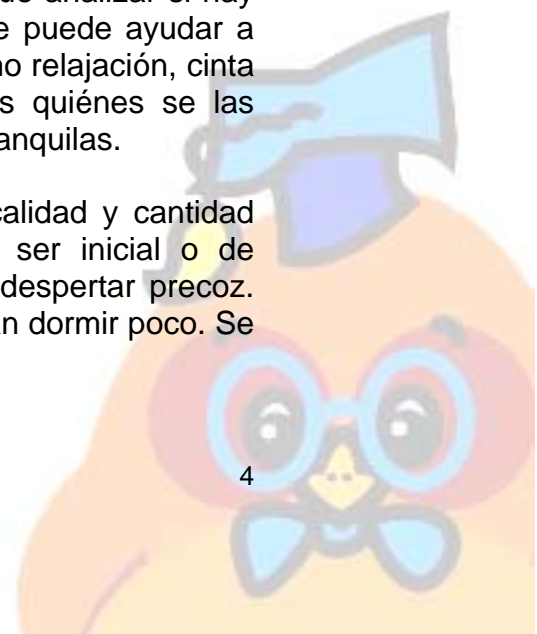


En el primer caso, si no quiere dormir solo, es preciso que en virtud lógicamente de la edad del niño, se recomiende a los padres que éste duerma solo. Ente otras razones porque es positivo para su madurez e independencia personal. Para ello podemos sugerir la necesidad de:

- ✚ Concienciar y comunicar al niño esa necesidad.
- ✚ Dar ayudas (interfono, piloto de luz, luz del pasillo, etc.).
- ✚ Ayudarle a vencer miedos.
- ✚ Ir de vez en cuando con menor intervalo de tiempo en los primeros días para ir aumentando despacio.
- ✚ Devolver a la cama de manera serena pero enérgica.
- ✚ Táctica de los “apretujones”.
- ✚ Actuar (ronquidos, etc.).
- ✚ Registrar mediante gráficos.
- ✚ Reforzar conductas alternativas y pequeños logros.

Si el problema es que se levantan de noche habría que analizar si hay problemas de insomnio y valorar el patrón de sueño. Se puede ayudar a que se duerman mediante el uso de estrategias tales como relajación, cinta de cuentos, muñecos, etc., tratando de que sean ellos quiénes se las “arreglan” pero mediante esas actividades silenciosas y tranquilas.

INSOMNIO: Se trata de un sueño no satisfactorio en calidad y cantidad derivado de problemas de ansiedad o estrés. Puede ser inicial o de conciliación, de mantenimiento del sueño o tratarse de despertar precoz. Es preciso diferenciar este problema de niños que precisan dormir poco. Se debe analizar el hábito y pauta de sueño.



HIPERSOMNIA: Se produce una excesiva somnolencia y ataques de sueño diurnos (no derivados de dormir poco o mal de noche) o una transición lenta y prolongada desde el sueño a la vigilia.

Es preciso descartar factores orgánicos, sobre todo ver la posible existencia de depresión.

TRASTORNO DEL CICLO SUEÑO-VIGILIA: Hay una falta de ajuste ente el ritmo de sueño del niño y las demandas del medio en que vive. Hay que ver los posibles trabajos a turnos de los padres, las diferentes horas en que se le despierta y otros posibles factores (ver la tele de noche, etc.) que dificulten los horarios establecidos de sueño y vigilia.

SONAMBULISMO: Se produce un estado de conciencia disociada en donde se mezclan aspectos del sueño y de la vigilia. Suelen levantarse de a cama (sobre todo en el 1º tercio de sueño), deambular con los ojos abiertos desde minutos a horas, con bajo nivel de conciencia, cierta torpeza y poca capacidad de reacción a los estímulos externos. Hay riesgo de posibles lesiones. No suelen recordar episodio. Muchos tienen antecedentes de sonambulismo en la familia.

Es conveniente que se extremen las medidas de protección y seguridad (disposición de objetos, sistemas de detección –células fotosensibles, campanas, ...- bloquear salidas, etc..

Que se consulte con el especialista.

TERRORES NOCTURNOS: Se producen episodios nocturnos de miedo intensos con gritos, hipersudoración, gran excitación, taquicardia, movimientos corporales bruscos, incorporación de la cama, etc. . Suelen transcurrir también en el 1º tercio de sueño. Pueden levantarse y como si escaparan de algo. Están desorientados y no responden. No se suelen acordar al despertarse. Tienen también riesgo de lesiones.

Es preciso que los padres le abracen y calmen, poner una toalla fresca en la frente y cara y mantener una actitud serena y de alma esperando a que le pase. Es conveniente que se vigilen unos horarios adecuados y facilitar medidas de descanso (leche caliente, baño relajante antes de acostarse, relajación, etc.). En pocos casos hay un problema neurológico subyacente, aunque puede ser oportuno consultarlo con el pediatra.

PESADILLAS: Se da una vivencia en sueños de acontecimientos ansiosos y de miedo relacionados con amenazas a la seguridad personal o de otras personas. No hay mucha alteración motriz ni suele haber desorientación al despertar. Si se recuerdan los detalles. No es necesaria la existencia de problemas psicológicos asociados.

Al estar relacionadas con la inseguridad, miedos, preocupaciones, ansiedades, etc. es preciso cuidar que no haya mucha sobreexcitación por el día y en concreto antes de acostarse (películas agresivas o de miedo, amenazas y riñas de los padres, estudio, etc.). Es preciso cuando se producen dar clama y seguridad, acariciarle, no darle mucha importancia, ayudarle de día a vencer miedos y a reestructurar temores y a desensibilizarle de las situaciones temidas. El recurso de juguetes, amuletos, etc. tranquilizadores puede ayudarle mucho.

TRASTORNOS SEXUALES EN LA INFANCIA

PROBLEMAS DE IDENTIDAD SEXUAL: Se da en el niño ANTES DE LA PUBERTAD un malestar con su propia realidad sexual asociado al deseo de ser del otro sexo (afirman ser del otro sexo o existe el deseo profundo de querer serlo). No se trata de rasgos afeminados o de hombre –marimacho-. Pueden acompañar rasgos de conducta o estereotipias propias del otro sexo. Se rechaza la anatomía propia y el deseo de tener la del otro sexo. En niñas desear tener el pene, orinar de pie, rechazar la regla, los pechos, etc.). En niños querer perder el pene, querer no tener testículos, querer convertirse en mujer al crecer, ponerse vestidos, etc.).



En adolescentes puede darse el caso de no haber preocupación por eliminar los detalles anatómicos pero si se transviste de forma recurrente y persistente y no por placer o excitación como los fetichistas. Puede ser homosexual, asexual o heterosexual.

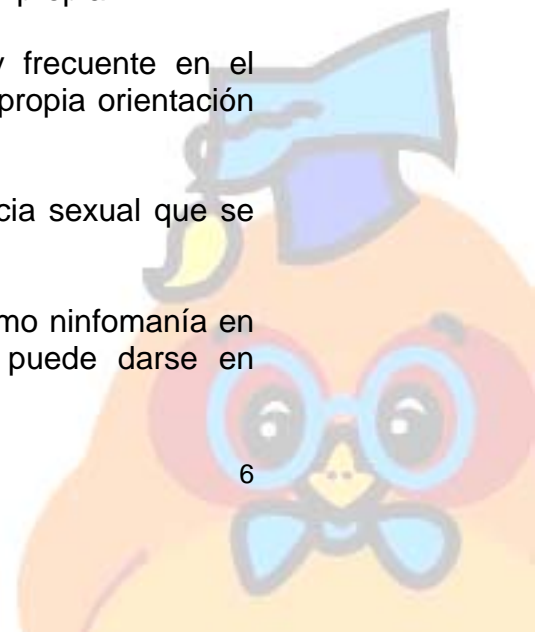
Pero también puede derivar en transexualismo en donde se desea deshacerse de los caracteres sexuales primarios y secundarios y recurrir incluso a las intervenciones quirúrgicas. No se sienten muchos de ellos homosexuales. Pueden sentirse atraídos por el “otro sexo” al que dicen no pertenecer. Pueden ser homosexuales, heterosexuales o bisexuales.

En niño pequeños es preciso valorar si el medio familiar refuerza esos comportamientos. A veces se asocia a pautas de crianza muy absorbentes y dependientes del otro sexo o la ausencia del progenitor del otro sexo y la falta de reforzamiento de la anatomía sexual propia.

PROBLEMAS EN LA ORIENTACIÓN SEXUAL: Muy frecuente en el período adolescente. Hay una falta de claridad sobre la propia orientación sexual lo que produce ansiedad y depresión.

ORIENTACIÓN SEXUAL EGODISTÓNICA: La preferencia sexual que se tiene no se acepta.

IMPULSO SEXUAL EXCESIVO: Se conoce también como ninfomanía en mujeres o satiriasis en hombres. El la adolescencia puede darse en algunos alumnos una especie de hipersexualidad.



JUEGOS SEXUALES: Ya desde edades muy tempranas (incluso antes de los seis meses) se aprecia a algunos niños la existencia de juegos sexuales que pueden ir pasando por diferentes fases. Sobre los 9 años suelen disminuir la frecuencia por el recato y cierta timidez de esta época y pueden volver a darse o aparecer de manera primaria en la adolescencia, relacionada con la mayor “efervescencia” sexual.

En estos casos si el niño es pequeño se recomienda mantener la cama, no culpabilizar, desviar su atención, no reaccionar desmedidamente, enseñar pudor y la necesidad de intimidad para esos comportamientos, dar educación sexual, enseñar lugares adecuados para esas prácticas y convenir si se da en clase o lugares públicos señales para que se de cuenta.

Si se trata de una conducta sustitutiva o mitigadora del estrés es preciso enseñar medidas alternativas (relajación , por ejemplo). Y si es preciso recomendar una valoración psicológica, ya que puede haber en algunos casos desórdenes psicológicos subyacentes (depresión, ansiedad, trastornos adaptativos, etc.).

TRASTORNOS DE LA INCLINACIÓN SEXUAL:

Entre otros:

Fetichismo: Dependen de objetos para procurarse excitación sexual.

Transvestismo fetichista: Se excitan principalmente llevando ropas del otro sexo.

Exhibicionismo: Puede haber excitación sexual (no siempre) por la exposición pública de los órganos sexuales y el acto suele terminar en masturbación.

Voyeurismo: Se produce excitación sexual por mirar a otras personas en actividad sexual o en situación íntima.



PROBLEMAS EN EL CONTROL DE ESFÍNTERES

Incluiremos aquí los problemas de eliminación no relacionados o derivados de causas orgánicas y que lógicamente se dan en alumnos cuya referencia de edad nos permite plantearnos que ya debería de tener ese control bien establecido. Puede darse como derivado de problemas en el aprendizaje del control, como problema derivado de trastornos emocionales o como problema aislado.



ENURESIS

Se trata de la emisión involuntaria de la orina. Puede ser primaria (cuando se da en niños que realmente no llegaron a tener nunca control) o secundaria (cuando ocurre en niños que si ya tenían establecido ese control). Puede ser también diurna (si la falta de control ocurre en el día) o nocturna (cuando el problema ocurre durante el sueño).

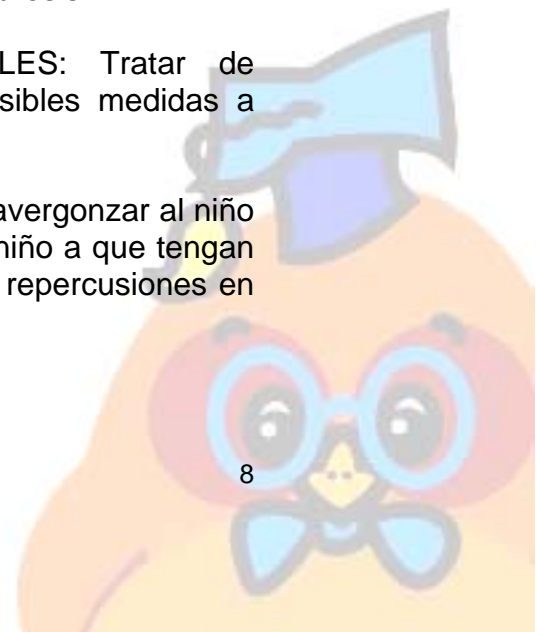
Puede tratarse de un problema aislado o por el contrario ser el resultado de problemas en el niño más extensos de tipo adaptativo o emocional. A su vez en algunos niños el hecho de tener problemas enuréticos les puede reportar problemas emocionales. Es preciso valorar la frecuencia de problema.

Deben descartarse causas médicas del tipo: trastornos neurológicos, anomalías del tracto urinario, problemas epilépticos, infecciones –cistitis-, vejiga pequeña, esfínter débil, etc.

Niños con sueño muy profundo pueden padecer este problema al no ser capaces de despertar ante las señales de la vejiga.

PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE LA ENURESIS

- ✚ TRATAMIENTOS MÉDICOS: Tras la exploración médica se toman las medidas oportunas. Existen fármacos para tratar la enuresis.
- ✚ RELACIONADA CON PROBLEMAS EMOCIONALES: Tratar de analizar la existencia de estos problemas y las posibles medidas a tomar ante los mismos.
- ✚ ACTITUDES PATERNAS ADECUADAS: No se debe avergonzar al niño ni criticarle por este problema. Se debe de ayudar al niño a que tengan una actitud adecuada hacia el problema y valorar las repercusiones en su propia autoestima.



- ✚ ANÁLISIS FUNCIONAL: para tratar de valorar la posibilidad de los episodios enuréticos y determinados acontecimientos (peleas, riñas, exámenes, etc.).
- ✚ GRÁFICOS O REGISTROS DEL NÚMERO DE VECES: Se obtienen datos para poder utilizarlos con fines reforzadores y estimuladores (noches de cama seca o días secos).
- ✚ REFUERZOS: seleccionados para tratar de implantar o incrementar la conducta adecuada.
- ✚ MOTIVAR AL NIÑO: hacerle ver lo positivo que tendría ir afrontando el problema y consiguiendo logros.
- ✚ TENER PACIENCIA A LO LARGO DEL PROCESO: puede ser lento y con recaídas.
- ✚ DEMORA DE LA MICCIÓN: durante el día con el fin de que la capacidad de la vejiga pueda aumentar. Si no hay problemas médicos que lo desaconsejen es oportuno que bebe durante el día abundante agua.
- ✚ SOBRECORRECCIÓN.
- ✚ AYUDAR A VENCER MIEDOS.
- ✚ DETECCIÓN DE LA MICCIÓN: para trabajar los músculos implicados y fortalecerlos..
- ✚ APARATO CORRECTOR (PIPI STOP): Son aparatos que disponen de señales acústicas y/o visuales que indican el momento en que se está iniciando la micción dando la posibilidad al niño para que la detenga y asocie con el tiempo esa respuesta a las señales internas previas.

ENCOPRESIS

El niño tiene deposiciones en lugares no convenientes, generalmente sobre sí mismo. Puede ser también primaria o secundaria. Voluntaria o involuntaria. O como problema aislado o como señal de problemas emocionales o adaptativos más profundos. Es importante analizar la repercusión en su personalidad, en su medio familiar y social.

E importante también que se consideren las pautas de enseñanza del control.

Este trastorno puede asociarse a miedos ante el uso del orinal, a conducta opositora y problemas de relacionales, a problemas emocionales o a problemas de estreñimiento que han provocado dolor en la zona con tendencia a la retención.

Puede asociarse a enuresis. En algunos casos hay niños que embadurnan con las heces su propio cuerpo u otros objetos

Siempre deben de descartarse causas orgánicas posibles (infecciones gastrointestinales, fisura anal, colón distendido, hipotiroidismo, problemas anatómicos, colón irritable, etc.).

PAUTAS DE ACTUACIÓN

- ✚ REVISIÓN MÉDICA: para descartar problemas orgánicos.
- ✚ ANALIZAR LA EXISTENCIA DE POSIBLES PROBLEMAS EMOCIONALES: Existencia de miedos específicos al uso de inodoro, problemas anímicos o conducta rebelde y opositora. Tomar las medidas adecuadas.
- ✚ CUIDAR LA DIETA: Para tratar de regular el posible estreñimiento o el estar excesivamente “blando”.
- ✚ REGISTRAR LA CONDUCTA PROBLEMA.
- ✚ HÁBITO REGULAR: sistema de ir al baño regular y sistemático para tratar de conseguir que las deposiciones se realicen en el sitio adecuado y regularizar la necesidad de defecar.
- ✚ ACTITUD SERENA Y PACIENTE PERO FIRME.
- ✚ REFORZAR AVANCES.
- ✚ GRÁFICO DE PROGRESOS.
- ✚ SOBRECORRECCIÓN: limpiar lo manchado, practicar varias veces la acción adecuada, llevar la ropa, etc.



TARTAMUDEZ

Se trata de un trastorno del habla caracterizado por las dificultades de fluidez en el discurso hablado. Se dan frecuentes repeticiones, prolongaciones de sonidos, atascos, dudas o pausas. En ocasiones se asocia a muecas, muletillas, etc. como intentos acompañantes de superación de las dificultades de flujo.



Es un trastorno que se da con cierta frecuencia en la infancia siendo un problema transitorio y que va desapareciendo en la mayoría de los casos.

Son múltiples las teorías explicativas y las causas a las que se asocia este problema. Lo que está claro es que tiene generalmente una importante repercusión personal y social en quien lo padece y se asocia a niveles de ansiedad cuando menos específica a las situaciones sociales (habla). Más frecuente en niños que en niñas. Afecta aproximadamente al 1 % de la población.

PAUTAS DE ACTUACIÓN

- ✚ Si el alumno es consciente es preciso hablar del tema y de sus repercusiones personales y sociales tratando de comprenderle y ayudarle.
- ✚ EVITAR: pedirle que hable despacio, terminar la palabra o frase que él inicia, reñirle, pedirle que se esfuerce, pedirle que hable bien, compadecer al niño, demostrar tensión, rotularle como tartamudo, comentarios sobre el problema, retirar la vista, mostrar tensión, que trascienda si nos sentimos frustrados, reñirle o pedirle explicaciones en público o cuando está muy excitado.
- ✚ PROCURAR: prestarle atención especial cuando habla despacio y tranquilo, reforzar verbalmente el hablar despacio (“me gusta que hables así, despacio”), hablar nosotros tranquilos y despacio en un ambiente cálido y relajado, cuidar el entorno social (compañeros, etc.), que se proporcione ayuda especializada.



HÁBITOS NERVIOSOS

TICS: Se trata de movimientos involuntarios, arrítmicos, reiterados y rápidos de determinado músculo o grupo muscular y que carecen de finalidad aparente.



Es bastante frecuente que los niños presenten episodios transitorios de tics con remisiones espontáneas y recaídas. Se estima que en relación 1/5 ó 10. Más frecuente en niño y hay ciertos antecedentes familiares.

Pueden ser motores (guiños de ojos, sacudidas de cuello, etc.) o verbales (carraspeos, sonidos guturales, etc.). Simples (un grupo muscular) o complejos (varios grupos musculares). Transitorios o crónicos.

Hay que descartar posibles causas médicas (enfermedades neurológicas, cerebrales, etc.). La enfermedad de Gilles de la Tourette se caracteriza por los tics motores y verbales complejos que pueden incluir ladridos, gruñidos, olfateo ruidoso coprolalia, tos estereotipada, etc. . Es una enfermedad infrecuente pero muy grave e incapacitante.

ONICOFAGIA: Morderse las uñas.

TRICOTILOMANIA: Consiste en arrancarse el pelo tirando de él.

OTROS: TOS NERVIOSA, CECEO, PARPADEO, BIZQUEO, MORDERSE EL INTERIOR DE LAS MEJILLAS, MORDERSE EL LABIO, CARRASPEO, GOLPEAR MANOS O PIES, “BAILAR” LA PIERNA, ETC .

Es importante una actitud tranquila. Detectar si hay las situaciones asociadas a los hábitos nerviosos. Cuidar la repercusión personal y social de los mismos. Trabajar las actitudes de los compañeros. Fortalecer al alumno ante el problema y darle la posibilidad de que se comunique con nosotros. En el caso preciso orientar a los padres a un tratamiento especializado. Se puede en algunos casos convenir con el alumno una señal para que sea consciente y asocie el hábito nervioso con el cese del mismo.

