



Educaguía
.com

PSICOPEDAGOGÍA

LENGUAJE Y EMOCIÓN

LENGUAJE Y EMOCIÓN

- 1.1. LENGUAJE Y EMOCIÓN
- 1.2. OBSERVACIÓN DE LA VOZ Y DEL DISCURSO
- 1.3. COMUNICACIÓN Y HÁBITOS NERVIOSOS
- 1.4. TARTAMUDEZ
- 1.5. PROBLEMAS DE AUTOESTIMA
- 1.6. PROBLEMAS DEPRESIVOS
- 1.7. PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO Y CONDUCTA VERBAL Y NO VERBAL
- 1.8. COMUNICACIÓN EN EL AUTISMO
- 1.9. MUTISMO SELECTIVO
- 1.10. COMUNICACIÓN Y RELACIONES SOCIALES



LENGUAJE Y EMOCIÓN

En este módulo vamos a estudiar diferentes formas verbales y no-verbales que pueden ser indicativas de síntomas y signos de alteraciones emocionales.

El lenguaje podemos analizarlo desde diferentes puntos de vista. Entre ellos tenemos:

PUNTO DE VISTA NEUROLÓGICO → El lenguaje se considera una actividad elaborada sensoriomotriz que se relaciona con regiones cerebrales mediante una red anatomofuncional que puede estar o no intacta.

PUNTOS DE VISTA LINGÜÍSTICO → El lenguaje es un sistema de signos cuyas leyes de combinación y transformación es preciso conocer.

PUNTO DE VISTA ORTOFÓNICO → Estudia y reeduca el lenguaje oral en sus aspectos articulatorios, la producción de fonemas en un orden atendiendo a los planos comprensivos y expresivos, orales y escritos.

PUNTO DE VISTA PSICOLÓGICO → Estudia al lenguaje en función a su naturaleza, orígenes, evolución y rol dentro del acto psíquico total.

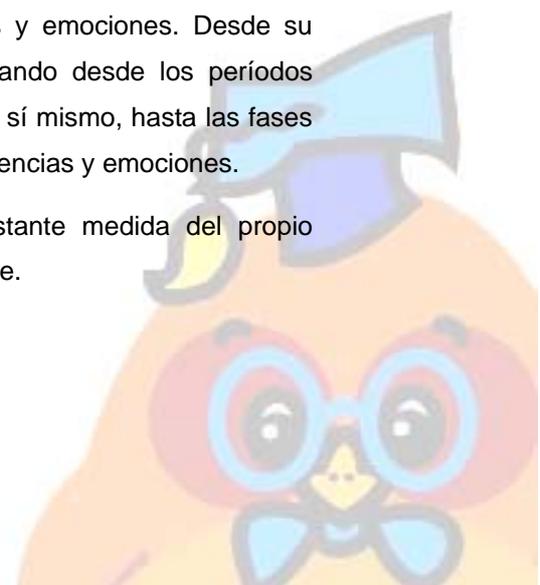
PUNTO DE VISTA PSICOPATOLÓGICO → Estudia el lenguaje como expresión del pensamiento y de los diferentes estados emocionales evidenciando estados psicoafectivos que se manifiestan en la comunicación. Tiene pues valor SIMBÓLICO que refleja una percepción del mundo. El lenguaje es una conducta que puede servir a la comunicación. Se distingue: lenguaje interior, hablado, escrito y gestual o mímico.

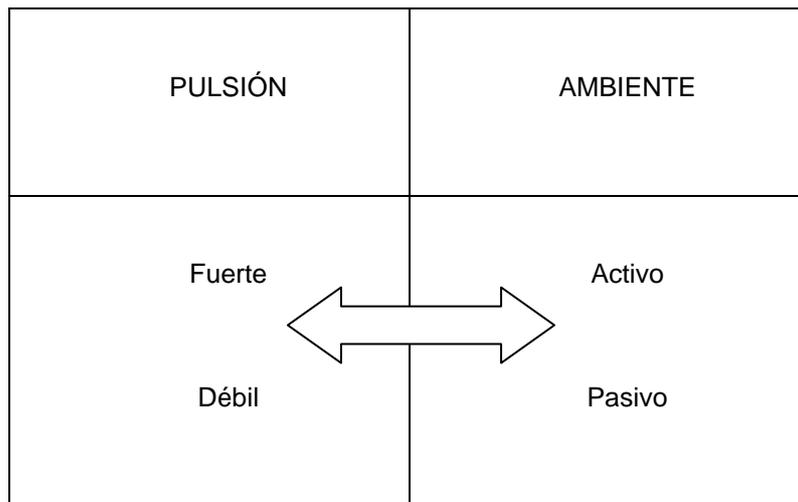
Partiendo desde este último punto de vista, nos centraremos en las alteraciones de la comunicación y, en concreto, del lenguaje asociado a trastornos mentales y/o del comportamiento. Antes haremos una serie de acotaciones en forma de premisas que permitan contextualizar y dar sentido comunicativo a diferentes formas de alteraciones emocionales.

PREMISA PRIMERA → El lenguaje se organiza respecto a la PULSIÓN COMUNICATIVA.

El niño con un desarrollo normal desde sus primeros momentos ansia la lengua para comprender el mundo que le rodea y expresar sus pensamientos y emociones. Desde su egocentrismo inicial, el uso del lenguaje en el niño va evolucionando desde los periodos primeros, como en el del balbuceo en donde constituye un placer en sí mismo, hasta las fases ya maduras, en las que por el lenguaje se canalizan necesidades, vivencias y emociones.

La pulsión comunicativa es endógena y depende en bastante medida del propio individuo pero, evidentemente, está sujeta a la influencia del ambiente.





De la interacción entre la necesidad comunicativa inicial del niño y la respuesta ambiental pueden derivar diversas situaciones personales más o menos patológicas.

Cuando el "equipo del individuo" está afectado por diversas alteraciones (malformaciones congénitas, lesiones cerebrales, desorganizaciones funcionales, etc.) puede estar alterada la capacidad relacional y, por ende, el lenguaje. En este caso puede estar afectada tanto la cantidad como calidad y maneras del lenguaje. Pueden darse comportamientos de déficit relacionados con la carencia de intencionalidad comunicativa o comportamientos de exceso asociados a un mayor o menor grado de incontinencia relacional y/o verbal.

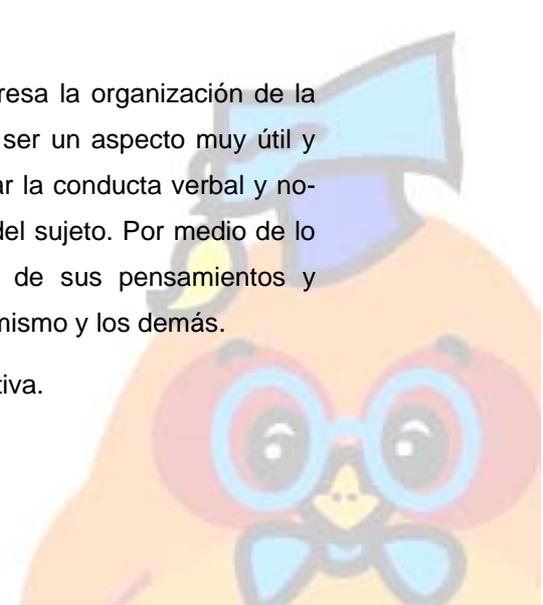
Por su parte, la respuesta del ambiente es sumamente determinante a la hora de moldear esa pulsión inicial. Un ambiente activo y que module el punto de partida inicial y le ayude a regularse se convierte prácticamente en el único recurso posible para contrarrestar esas tendencias iniciales.

Es preciso, pues, valorar desde un primer momento cómo se ha ido desarrollando esa necesidad relacional atendiendo de manera especial al desarrollo del lenguaje infantil en las facetas comprensivo-expresivo y verbal-gestual. A su vez, se hace imprescindible evaluar las actitudes ambientales y su repercusión en el desarrollo del niño.

PREMISA SEGUNDA → Los trastornos del lenguaje pueden provenir de trastornos o alteraciones de la personalidad.

La organización del lenguaje es un aspecto importante que expresa la organización de la persona. Y por el contrario, la desorganización del lenguaje puede ser un aspecto muy útil y revelador de la desorganización personal. Se hace necesario evaluar la conducta verbal y no-verbal como recurso para obtener datos acerca de la personalidad del sujeto. Por medio de lo que hace y dice podemos extraer información relevante acerca de sus pensamientos y sentimientos, en suma, de su peculiar manera de ser y estar ante sí mismo y los demás.

PREMISA TERCERA → Todo puede hacerse conducta comunicativa.



Nuestros actos, incluidos la ausencia de los mismos pueden tener naturaleza comunicativa. La ausencia de conducta (ej.: el silencio) puede tener un alto poder comunicativo. A su vez, actos en principio aconductuales (por ejemplo el bostezo) pueden usarse como conducta comunicativa y, por tanto ir más allá de la mera conducta sintomática para apelar a una forma de relación.

Por ello, se hace imprescindible valorar la ausencia o presencia de conductas comunicativas en función del posible uso relacional que el individuo le pueda estar dando. El contexto adquiere en este apartado una especial relevancia, ya que el acto de conducta viene dado por su relación con un determinado espacio y tiempo.

La evaluación del lenguaje implica entonces la necesidad de valorar el contexto, teniendo en cuenta la posibilidad de que las conductas manifiestas del individuo estén en relación a un contexto concreto y tengan relevancia comunicativa. Hemos de partir, por tanto, de una especie de desconfianza inicial que nos permita estar alerta a la hora de valorar los actos del individuo como sujetos o influidos por la relación, antes de no prestarles atención o considerarlos meramente como síntomas de variables internas, es decir como actos aconductuales. Eso nos permitiría descartar o no la relación o vínculo entre conductas tales como tics, onomatopeyas, conductas agresivas, bostezos, risas, llantos, etc. y el contexto en que las mismas surgen, para de ese modo darles o no valor comunicativo.

PREMISA CUARTA → En presencia de otra (s) persona (as) es imposible no comunicar.

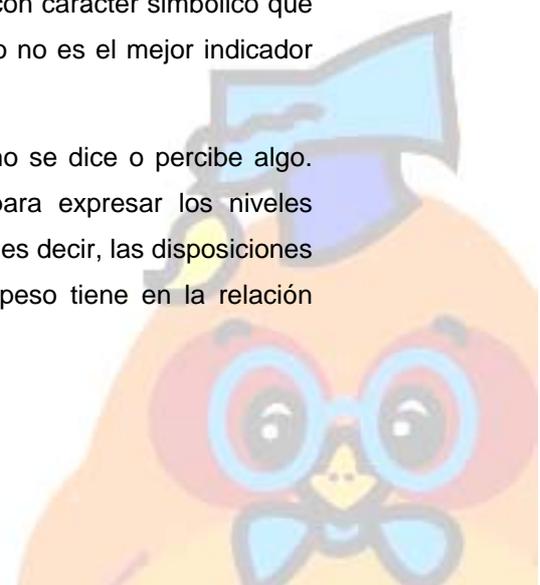
Aunque pretendamos lo contrario, recibimos y emitimos mensajes continuamente. La comunicación es el comportamiento humano mediante el cual se establece una relación entre personas. Pero la comunicación no exige o requiere necesariamente de mensajes explícitos. Como hemos visto anteriormente, podemos comunicarnos mediante formas más sutiles o "rebuscadas".

En este caso la evaluación de las actitudes del sujeto y su vinculación con el contexto en el que se da la relación nos puede dar importantes pistas acerca de los mensajes (contenido, código empleado, tratamiento de la información adoptado).

PREMISA QUINTA → La comunicación se da simultáneamente en dos niveles: el verbal y el no-verbal.

El lenguaje verbal es un tipo de lenguaje más diferenciado, con carácter simbólico que expresa datos y contenidos racionales y objetivos del mensaje, pero no es el mejor indicador para expresar los sentimientos.

Por su parte, el lenguaje no-verbal se relaciona con el cómo se dice o percibe algo. Apenas sirve para la información pero es altamente relevante para expresar los niveles emotivos y, por tanto, es muy útil para expresar la "relación afectiva", es decir, las disposiciones afectivas que movilizan a un determinado sujeto. Es el que más peso tiene en la relación comunicativa humana al reflejar actitudes y comportamientos.



Formas no-verbales de expresión de alteraciones emocionales y/o comportamentales pueden ser los trastornos psicossomáticos, alimentarios, conductas agresivas, esfinterianas, conductas adictivas, conductas sexuales, suicidios, etc., acompañados o no de lenguaje articulado.

Por ello se hace preciso valorar no sólo lo que el individuo dice o no dice sino, y sobre todo, cómo actúa y se comporta.

PREMISA SEXTA: La comunicación exige circularidad y retroalimentación, estratificación y un contexto interpersonal.

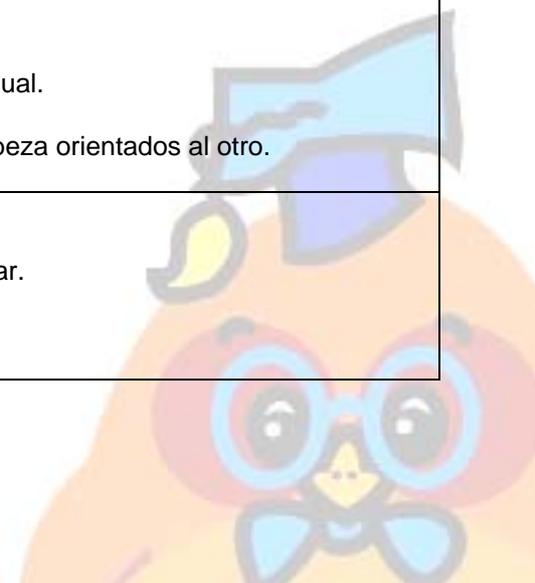
Para comunicarse se precisa de un emisor y un receptor que se dan señales intercambiándose y condicionándose mutuamente. El analizar el continuo de los mensajes teniendo en cuenta el proceso global, y no solamente secuencias o porciones de conducta comunicativa lineales, nos da pistas para entender el complejo entramado comunicativo que se establece entre las personas.

De otra parte, es imprescindible valorar el tipo de relación que se establece ateniendo a criterios de estratificación relacional. Es decir, se puede adoptar una RELACIÓN SIMÉTRICA y por tanto mantener una paridad o mínima desigualdad entre los sujetos que interactúan, lo que conlleva intentos de compensación frecuentes. O por el contrario, se puede dar una RELACIÓN COMPLEMENTARIA entre los sujetos, en donde dependiendo de las actitudes de ambos miembros se condicionan relaciones de fuerte-débil, protector-protegido, verdugo-víctima, activo-pasivo, etc.

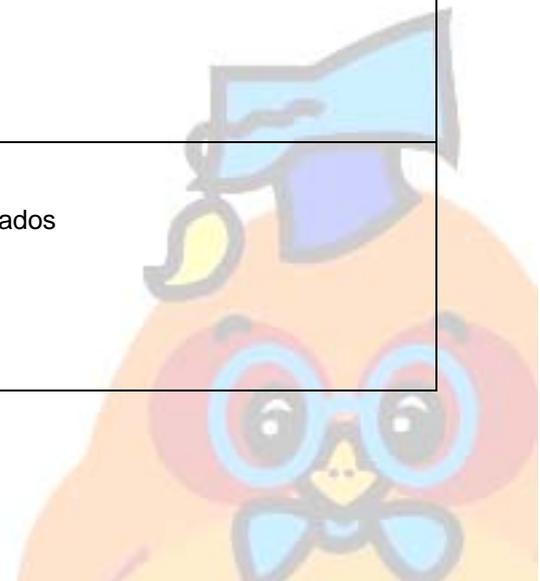
Las premisas anteriores nos permiten estar en mejor disposición para estudiar el lenguaje y su relación con el campo afectivo y relacional del individuo. Concretaremos algunos aspectos que nos permitan tener criterios valorativos más ajustados.

Comenzaremos por el LENGUAJE NO-VERBAL por su relevancia comunicativa.

INDICADORES NO VERBALES	
<p>ACTITUD SEGURA (Expresión abierta del cuerpo)</p>	<p>Postura relajada. Falta de tensión muscular. Movimientos fáciles y pausados. Expresión facial relajada. Cabeza alta, con contacto visual. Movimientos del cuerpo y cabeza orientados al otro.</p>
<p>ACTITUD INSEGURA</p>	<p>Postura rígida. Presencia de tensión muscular. Actividad inquieta.</p>



(Expresión cerrada del cuerpo)	<p>Movimientos con tendencia a ser rígidos, forzados.</p> <p>Expresión facial apretada, estirada.</p> <p>Posición de cabeza a menudo hacia abajo.</p> <p>Falta de contacto visual. Miradas furtivas.</p> <p>Movimientos de la cabeza y del cuerpo tendentes a alejarse.</p>
<p>ESTILO CORDIAL</p> <p>(Amistoso)</p>	<p>Proximidad física.</p> <p>Ciertos tipos de contacto corporal.</p> <p>Contacto visual.</p> <p>Sonrisa.</p> <p>Tono de voz amable.</p> <p>Conversación sobre temas personales.</p> <p>Señales de estar escuchando.</p>
ESTILO DOMINANTE	<p>Hablar alto, deprisa y durante la mayor parte del tiempo con tono confiado.</p> <p>Interrumpir a los demás.</p> <p>Controlar el tema de la conversación.</p> <p>Ignorar los intentos de influencia por parte de los otros.</p> <p>Postura erecta, con la cabeza hacia arriba.</p>
ESTADOS EMOCIONALES CONCRETOS	
ALEGRIA	<p>Sonrisa abierta</p> <p>Labios hacia arriba</p> <p>Tono de voz alto y rápido</p>
TRISTEZA	<p>Cejas caídas</p> <p>Mirada baja</p> <p>Comisura labial hacia abajo</p> <p>Tono de voz bajo, lento</p>
IRA	<p>Ceño fruncido</p> <p>Ojos muy abiertos o muy cerrados</p> <p>Labios apretados</p> <p>Puños cerrados</p>



	<p>Tensión muscular</p> <p>Tono de voz alto con inflexiones bruscas</p>
<p>MIEDO</p>	<p>Cejas levantadas y contraídas</p> <p>Ojos muy abiertos</p> <p>Inflexiones de la voz</p> <p>Expresión motora, en general en retirada o paralizada</p>
<p>SORPRESA</p>	<p>Cejas levantadas</p> <p>Boca entreabierta</p> <p>Paralización motora súbita</p> <p>Ojos muy abiertos</p> <p>Tono de voz alto, con inflexiones</p>
<p>LENGUAJE CORPORAL INADECUADO</p>	
<p>CONTACTO VISUAL</p>	<p>Parpadear rápido y mucho</p> <p>Excesiva fijación sin cambiar la mirada</p> <p>No mirar</p> <p>Mover la cabeza y los ojos excesivamente</p> <p>Ojos tensos y/o fatigados</p>
<p>EXPRESIÓN FACIAL</p>	<p>Frente contraída y tensa</p> <p>Tragar saliva repetidamente</p> <p>Carraspear detenidamente</p> <p>Humedecer los labios</p>
<p>GESTOS Y POSTURAS</p>	<p>Taparse la boca al hablar</p> <p>Taparse la cabeza, los ojos o el cuello</p> <p>Pasarse la mano por los cabellos o retocárselos</p> <p>Juguetear con joyas o adornos</p> <p>"Ajustar" la ropa</p> <p>Cambiar el peso del cuerpo de un pie a otro</p> <p>Moverse mucho o estar rígido</p> <p>Estar encogido</p>



OBSERVACIÓN DE LA VOZ Y DEL DISCURSO

Es importante durante la evaluación tener en cuenta además los diferentes elementos que se mencionan:

Sonoridad e intensidad del discurso (excesivamente fuerte o suave, monótono) y el tono (demasiado bajo o alto, monótono).

Velocidad del discurso: inusualmente lenta o rápida, monótona, espasmódica.

Facilidad del discurso: por ejemplo, dudas, bloqueos.

Espontaneidad: por ejemplo, espontáneo o precavido.

Tiempo de reacción rápido o lento.

Relevancia de la producción del discurso: relevante o irrelevante.

Manera de hablar: formal, pedante, relajada, directa, rebuscada, cercana, etc.

Desviaciones notables del discurso: por ejemplo: neologismos, ecolalias, asociaciones por sonido o ensalada de palabras.

Organización del discurso: organizado o desorganizado.

Vocabulario extenso limitado.

Calidad de la voz: por ejemplo, ronca, áspera, hipernasal, hiponasal, etc.

Dicción: por ejemplo, deficiente o clara.

Fluidez: por ejemplo, repeticiones, revisiones, frases incompletas, palabras a medias, sonidos prolongados, etc.

Conversación natural o sólo en respuesta a preguntas.

Respuestas directas y específicas o vagas y evasivas, por asociación libre, perseverativas, o extrañas.

Refleja problemas personales o preocupaciones o egocentrismo.

Respecto al LENGUAJE VERBAL en sí mismo, podemos encontrar formas expresivas que esconden actitudes personales y emocionales con alto valor semiológico.

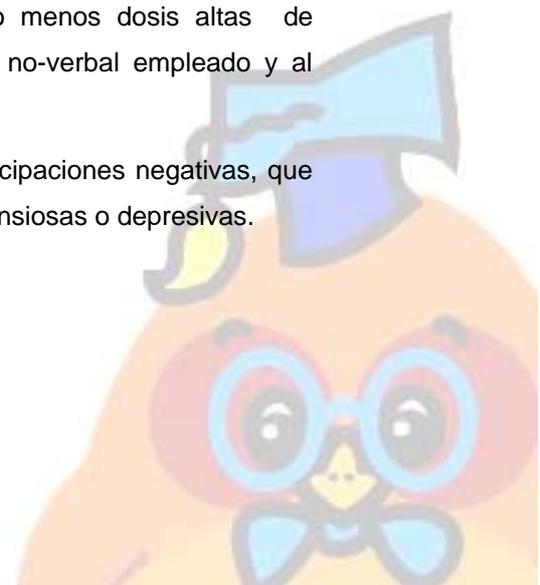


Analizaremos algunas de ellas:

NEGATIVISTAS: no admiten la existencia de los problemas: niegan, cambian de tema, etc.
PRESIONADOS: “Debería haber hecho esto o lo otro”, “Debería de haberlo sabido”, etc. . Se relaciona con los depresivos y los perfeccionistas
PROYECTIVOS: Sus responsabilidades, sentimientos, acciones, etc. se las endosan a otros. Utilizan muchos mensajes "Tu".
RUMIADORES: Le dan vueltas y vueltas a los temas de manera casi obsesiva.
CATASTROFISTAS: “Es horrible que me suceda esto a mí”.
CULPABILIZADORES: La culpa la tiene Tienden a buscar culpables.
AUTOJUSTIFICACIÓN: “Yo no fui, yo no se nada, yo no estaba, yo ...”.
EXCESO DE EMOTIVIDAD: Lloros, casi desmayos, desmayos, rotos.
DESPLAZAMIENTO: De aquí la pago allí. Descargo en otro sitio.
BUSQUEDA DE EMOCIONES: Parece que se regocijan con los problemas y vibran con las emociones que acarrear.
DEPENDIENTES: Necesitan apoyo y comprensión para seguir necesitando más apoyo y comprensión.
AUTISTAS: Nada les trasciende, no hay problema ni siquiera el suyo. A nadie le importa.
LISTILLOS: “Lo que paso seguro fue que...”.
ETIQUETADORES: Con rotular ya basta: “Es un ...”
ESCEPTICOS: “No hay nada que hacer”.
FILÓSOFOS: “¿Por qué, por qué y por qué?.
ANTICIPADORES NEGATIVOS: Antecedes desastres. Mecanismo muy ansioso.
AMPLIFICADORES: Exageran. Van de la parte al todo

Estas conductas verbales en exceso pueden conllevar más o menos dosis altas de reactividad emocional, lo que hace necesario atender al lenguaje no-verbal empleado y al contexto mismo en que las conductas verbales tienen lugar.

Así por ejemplo, las verbalizaciones catastrofistas, con anticipaciones negativas, que amplifican la realidad, etc. pueden estar relacionadas con personas ansiosas o depresivas.



COMUNICACIÓN Y 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.

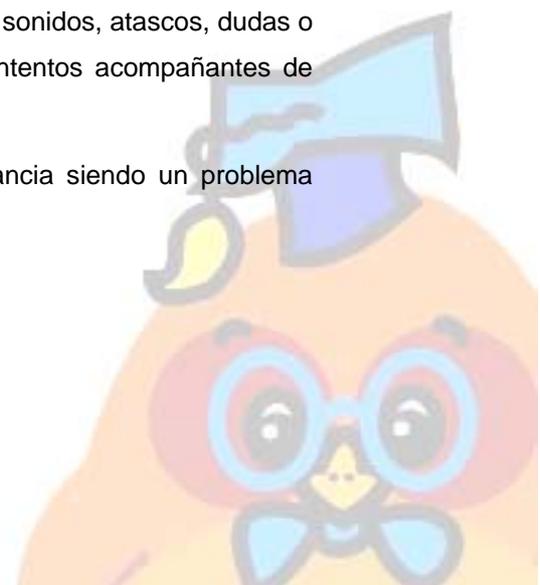
OTROS: TOS NERVIOSA, CECEO, PARPADEO, BIZQUEO, MORDERSE EL INTERIOR DE LAS MEJILLAS, MORDERSE EL LABIO, CARRASPEO, GOLPEAR MANOS O PIES, “BAILAR” LA PIERNA, ETC.

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 niño 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 niño una señal para que sea consciente y asocie el hábito nervioso con el cese del mismo.

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.

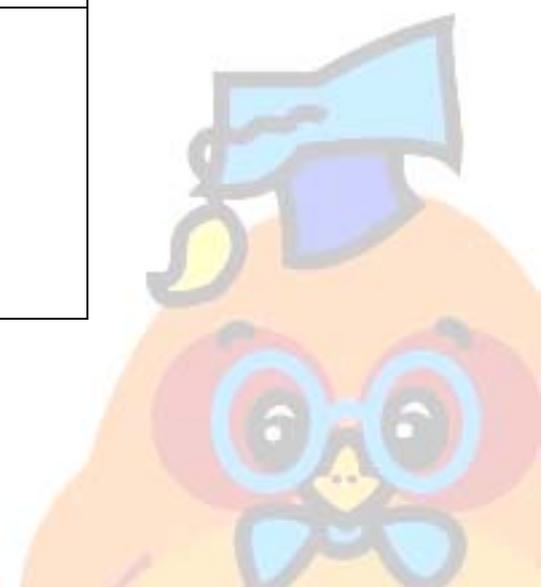
PROBLEMAS DE AUTOESTIMA

Podemos definir al autoconcepto como un constructo que engloba tanto la percepción cognitiva o imagen que el individuo tiene de si mismo (autoimagen) como la dimensión afectiva en forma de sentimientos que deriva de dicha imagen (autoestima).

Tanto el autoconcepto como la autoestima son el resultado del aprendizaje y como tal esta sujeto a las experiencias pasadas y presentes que hemos tenido. El tipo de educación recibida, las atribuciones de nuestros éxitos y fracasos, la valoración que deriva de la relación con los demás o de nuestras propias comparaciones constituyen experiencias relevantes en la propia formación de nuestro autoconcepto y de la autoestima resultante.

La baja autoestima es fácil que se traduzca en una incapacidad para ser positivos y eficaces con los demás y, en este estado personal, los alumnos pueden desarrollar un estado anímico que de origen a procesos psicopatológicos importantes (ansiedad, depresión, anorexia, etc.). Con baja autoestima se sienten más inseguros, se autocritican y culpan más, son más vulnerables a las críticas, están más insatisfechos, su motivación se resiente, pueden tender más al aislamiento social o a la dependencia de los demás, su “yo ideal” está muy lejos de lo que consideran es su “yo real” y podemos llegar a sentirse avergonzados de su supuesta incompetencia. No son extrañas en estas circunstancias personales las distorsiones de pensamiento en forma de: excesivos “debería”, “personalización”, “rotulado”, “autojustificación, autocompasión o autocrítica”, “pensamiento dicotómico”, “catastrofismo”, “filtraje” o “responsabilidad excesiva”, entre otros pensamientos negativos.

PROBLEMAS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A BAJA AUTOESTIMA
ANSIEDAD
DEPRESIÓN
PROBLEMAS EN LA RELACIÓN SOCIAL
ANOREXIA



<p>COMPORTAMIENTOS EXPANSIVOS</p>	<p>INCULPA CRITICA ATENCIÓN COMPETITIVIDAD DESAFÍO AGRESIVIDAD</p>
<p>COMPORTAMIENTOS DE REPLIEGUE</p>	<p>AUTOCULPA MUESTRA INSUFICIENCIAS INHIBICIÓN PERSONAL Y SOCIAL MIEDOS E INSEGURIDAD PERFECCIONISMO TRISTEZA BÚSQUEDA DE AFECTO</p>

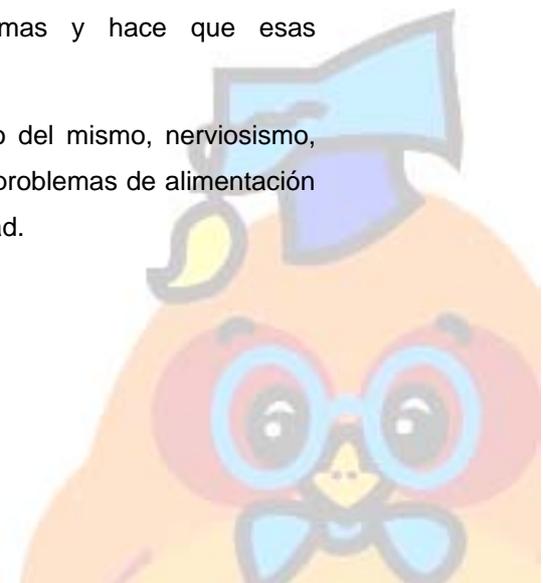
PROBLEMAS DEPRESIVOS

Existen diferencias en la conceptualización de la depresión infantil. Desde quienes niegan su existencia hasta quienes discuten por el uso semántico de los términos adecuados para describirla y clasificarla.

A nosotros nos interesan más que las discusiones científicas la búsqueda de recursos de detección y atención de los problemas infanto-juveniles como medio de ayuda a alumnos con problemas. Por eso seremos concisos en los comentarios y explicaciones.

Para poder acercarse a valorar la posible existencia de un problema de tipo depresivo en el alumno hemos de centrarnos en su funcionamiento en la escuela, comentarios y verbalizaciones –aunque con matices-, en las opiniones de los padres y entorno social (compañeros, parientes, etc.) y en su actitud y lenguaje gestual. Lo síntomas son en bastante medida comunes a los de los adultos y, en algunas ocasiones puede adoptar la forma de agresividad. La edad modula la manifestación de los síntomas y hace que esas manifestaciones varíen. Podemos encontrarnos que:

ESCUELA INFANTIL: Ausencia de interés por el juego rechazo del mismo, nerviosismo, hiperactividad o agitación, llantos y gritos, descontrol de esfínteres, problemas de alimentación e insomnio. Conductas regresivas. Poca expresividad y espontaneidad.



ENSEÑANZA PRIMARIA: Inseguridad, crisis de llanto y gritos, resistencia a jugar, irritabilidad, problemas de rendimiento con apatía y desinterés, problemas de esfínteres, problemas de insomnio o terrores nocturnos, conductas autoestimulativas. Regresiones. Expresión facial de tristeza.

ENSEÑANZA SECUNDARIA: A nivel cognitivo: mayor ideación, rumiación de ideas e hiperpreocupación, baja autoestima, sentimientos de inferioridad, sentimientos de culpa abatimiento, ideas e impulsos suicidas. Emocionalmente: ansiedad, cambios de humor o humor depresivo irritabilidad, pérdida de interés por las actividades, anhedonia, sensación de cansancio y poca energía. Intelectualmente: bajo rendimiento académico, problemas atencionales o de concentración, puede empeorar la calidad de los trabajos, la realización y ejecución de la escritura, la habilidad para el cálculo y haber lentitud en el procesamiento de la información. Respecto a la salud puede darse pérdida de peso o aumento significativo, somatizaciones, problemas de sueño (insomnio de conciliación, despertar temprano o hipersomnia) y de alimentación. Socialmente tendencia al aislamiento e irritabilidad. Los síntomas suelen tener variación diurna.

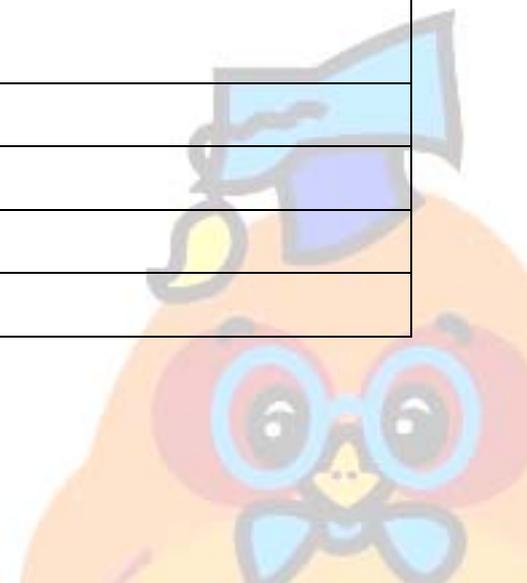
No son infrecuentes en estas edades los problemas asociados a temas como la muerte, injusticia, disconformidad social, etc. o las emociones derivadas de problemas académicos o amorosos.

PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO Y CONDUCTA VERBAL Y NO VERBAL

Podemos, de modo sintético, señalar que las conductas infantiles problemáticas pueden perseguir algunos de los siguientes propósitos:

ATENCIÓN: Tratan de captar el interés de los demás.
PODER: Persiguen imponer sus criterios, actitudes o ideas.
VENGANZA: Tratan de hacer daño y para ello usan estrategias más o menos sutiles.

COMPORTAMIENTOS PROBLEMÁTICOS
Inquietud o demasiado activo
Hace ruidos cuando no debe (golpes, zumbidos, etc.)
Excitación o impulsividad
Suele estar nervioso



Interfiere y bloquea la marcha de las actividades
Molesta a los compañeros. Molesta al profesor
Fugas del centro
Se ofende fácilmente
Se distrae con facilidad
Contesta. Discute. Critica con facilidad
Destruye cosas. Actos vandálicos
Se enfrenta a los profesores
Influye sobre otros para que se porten mal
Cambia de humor fácilmente
No atiende a las explicaciones de clase. No termina las tareas de clase
Su comportamiento es imprevisible
Comportamiento explosivo, con brotes de temperamento
Agresividad física y verbal (insultos,...)
Busca llamar la atención de los compañeros y profesores
Se frustra con facilidad
Habla cuando no debe
Se levanta del asiento de manera impropia
Niega sus errores. Miente. Roba
Se opone y desafía a la autoridad
Es fanfarrón, alardea
Es obstinado y terco. Protesta
Abusa de algunos compañeros. Intimida a los demás. Se pelea con frecuencia
Es vengativo. Es descarado
Insulta a otros (profesores __ o compañeros __)
Culpa a otros
No le gustan las normas
Atrevido con los mayores
Susceptible, quisquilloso



COMUNICACIÓN EN EL AUTISMO

DEFINICIÓN

La palabra autismo deriva del pronombre griego autós que quiere decir “uno mismo” y se relaciona con la característica comportamental más específica de este trastorno, a saber, el estar centrado en uno mismo.

Se trata de una forma grave y generalizada del desarrollo que se inicia en la temprana infancia (generalmente antes de los tres años). En este trastorno se da un desarrollo alterado o anómalo de múltiples áreas de funcionamiento: intelectuales, cognitivas, perceptivas, de lenguaje y de relaciones sociales. Es más frecuente en niños, a razón de tres a cuatro veces más que en niñas.

Para el diagnóstico del autismo es preciso tener en cuenta que debe de haber una afectación de las tres áreas que se describen:

DETERIORO CUALITATIVO DE LAS INTERACCIONES SOCIALES RECÍPROCAS (O TRASTORNOS SOCIORRELACIONALES O ALTERACIÓN DE LOS PATRONES DE INTERACCIÓN SOCIAL).

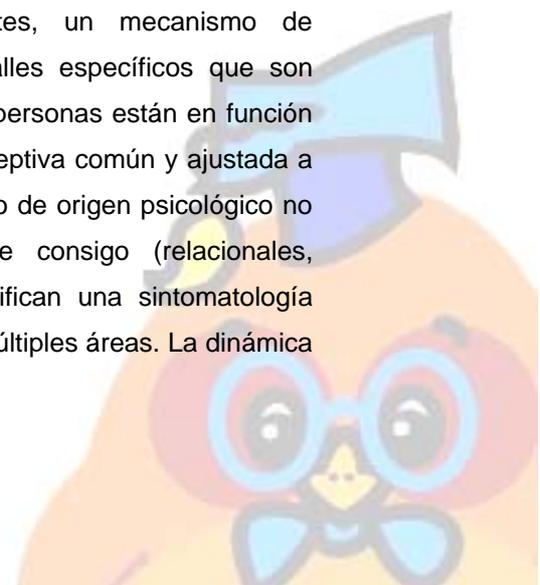
DETERIORO CUALITATIVO EN LA COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL (O TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN O ALTERACIÓN DE LOS PATRONES DE COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL).

REPERTORIO LIMITADO DE ACTIVIDADES E INTERESES (O RESTRICCIÓN DE ACTIVIDADES O INTERESES).

Causas

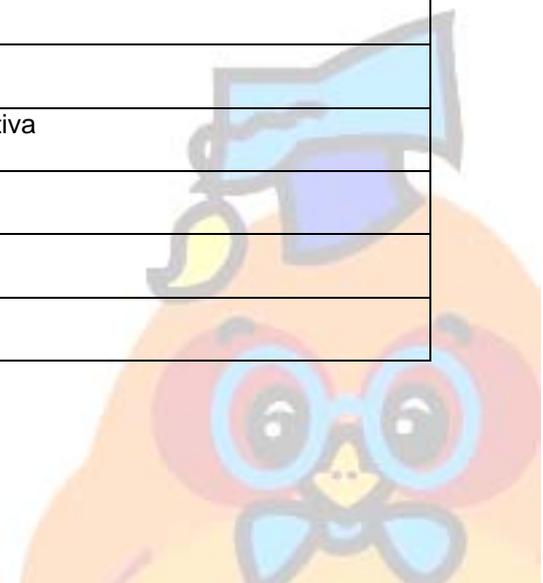
Se sospecha que hay algún grado de alteración orgánica a la base (problemas neurofisiológicos, bio y neuroquímicos, componentes genéticos, etc.), aunque se plantea que exista o no lo decisivo para el diagnóstico son las manifestaciones comportamentales.

Las anomalías neuronales y bioquímicas determinan un tipo de percepciones específicas que provocan trastornos interrelacionales. Los niños autistas perciben selectivamente y de forma fragmentaria el ambiente global. Para evitar que el entorno se haga caótico utilizan, para no verse desbordado por la multitud de estímulos presentes, un mecanismo de hiperselectividad, mediante el cual sus sentidos se fijan en detalles específicos que son captados con gran intensidad. Los significados de los objetos y las personas están en función de esa forma específica de percepción y no con la elaboración perceptiva común y ajustada a la realidad. Si bien el autismo no lo consideramos como un trastorno de origen psicológico no es menos cierto e importante que las deficiencias que trae consigo (relacionales, comunicativas, disposicionales, intelectivas, etc.) dificultan y cronifican una sintomatología inicialmente problemática, desajustando el desarrollo del sujeto en múltiples áreas. La dinámica

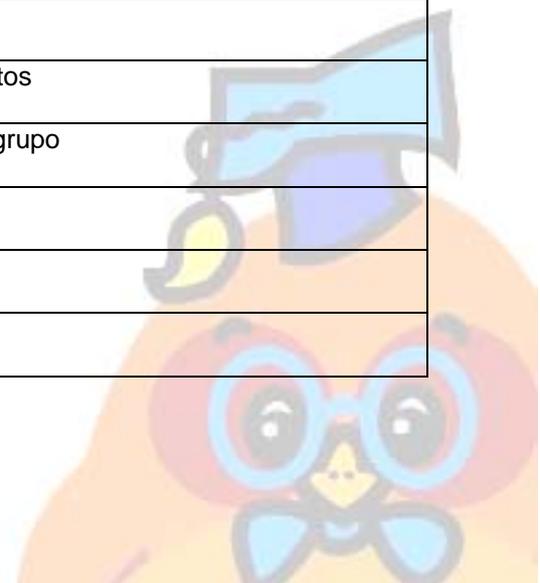


familiar y las actitudes y estilo educativos de los padres son factores muy importante para la evolución del niño autista. No como factor etiológico primario sino como posible reductor o por el contrario amplificador de los efectos mismos del problema autístico.

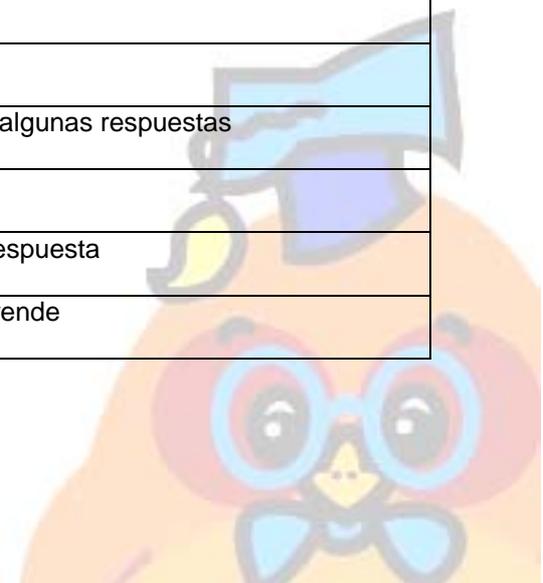
	COMPORTAMIENTOS
SOCIAL	Bajo o nulo contacto visual
	Evitación y aislamiento
	Falta de reciprocidad social
	Negativismo
	Comportamiento no adecuado al contexto social
	No continuidad relacional
AFECTIVA	Muestras de afecto inhibido o excesivo
	Reacciones afectivas escasas o nulas
	Falta de reciprocidad emocional
	Reacciones afectivas desconectadas de la situación
	Miedos repentinos
	Agresividad descontextualizada
	Rabietas
MOTRIZ	Movimientos estereotipados
	Posturas llamativas por lo atípico de ellas
	Giros, balanceos, saltos continuados y repetitivos, andar de puntillas, movimientos con las manos y dedos delante de la cara, aleteos, aplausos como expresión de excitación emocional.
	Torpeza motriz
	Problemas de coordinación
	Falta de interés y disponibilidad comunicativa
	Lenguaje adecuado
	Ecolalias inmediatas o demoradas
	Alteraciones del discurso (jerga, etc.)



COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL	Lenguaje descontextualizado
	Retraso en el lenguaje (pronunciación, frases, etc)
	Conversación deficiente
	Repeticiones
	Circunloquios
	Divagaciones
	Discurso irrelevante
	Fragmentaciones
	Confusión u omisión de pronombres
	Mezcla de palabras concretas y abstractas
	Frases automáticas
	Aparente sordera
	Poco expresivo gestualmente
	Pocos gestos acompañantes
	ACTIVIDADES
Alteración de la calidad del juego	
Poca creatividad	
No espontaneidad	
Ausencia o deficiencia en la calidad de la imitación	
Ausencia de simulación	
Acciones repetitivas, estereotipadas, rutinarias	
Ausencia de iniciativa en el juego relacional	
Acciones solitarias	
Limitación de intereses y actividades	
Imantación o apego por determinados objetos	
No participa activamente en los juegos de grupo	
Uso inadecuado de los mismos (giros, ...)	
Cambio frecuente	
Ausencia de secuencia de uso	



DISPOSICIÓN A LAS ACTIVIDADES JUEGOS OBJETOS Y JUGUETES	Reiteración de uso
	Falta de interés
	Aprecio del objeto o juguete por cualidades no propias de su función (olor, textura, etc.)
	Insistencia obstinada en repetir secuencias (rutinas)
	Fijación por objetos controlables (interruptores, mecanismos, ...)
	Dificultades en cambiar de actividad
	Persistencia rígida
	Reacciones emocionales negativas ante el cambio
	Nivel de actividad inquieto
	Nivel de actividad apático e inactivo
	Precisa supervisión ante las tareas
	Poca flexibilidad ante las directrices
	Escasa o nula autonomía en el trabajo
	Problemas de atención y concentración
	Enseguida va a lo suyo
SENTIDOS (VISTA)	Poco contacto visual a objetos y personas
	Miradas al vacío
	Fascinación con luces y objetos brillantes
	Mirarse al espejo de manera fija
SENTIDOS (OÍDO)	Puede parecer sordo
	Responde demoradamente
	Responde como un autómata, sin expresión
	Es hipersensible a los ruidos
INTELECTUAL	Se aprecia cierto retraso intelectual
	Sorprende en ocasiones por la calidad de algunas respuestas
	Tiene alguna capacidad que sobresalga
	Se bloquea en ocasiones al demandarle respuesta
	Puede mostrar una memoria que nos sorprende



	Problemas de atención y concentración
	Peor cuando con el lenguaje que con la ejecución

MANIFESTACIONES POR EDADES

Según la Asociación Internacional AUTISMO-EUROPA serían:

Nacimiento a los doce meses:

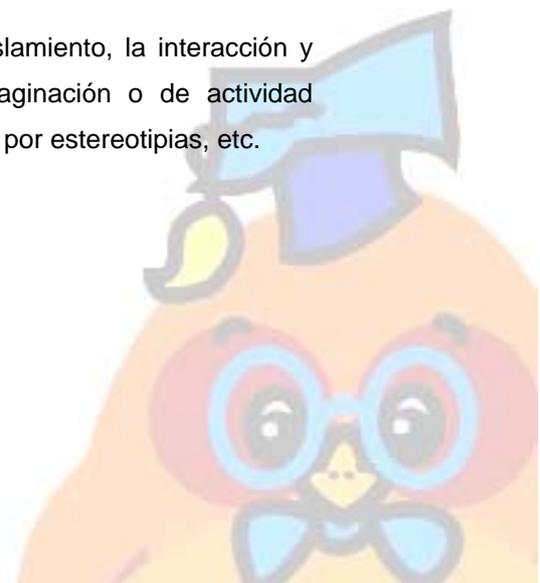
- No reconocimiento diferenciado de la madre.
- No responder al contacto personal.
- No responder a los acercamientos de los demás.
- Ausencia de sonrisa a los tres meses.
- Ausencia a los ocho meses de la angustia ante los extraños.
- Quedarse inerte cuando se le tiene en brazos.
- Pueden darse problemas alimenticios y de sueño por defecto o exceso.
- Pueden darse llanto constante o ausencia de llanto propositivo.

De los doce a los veinticuatro meses:

- Aislamiento social.
- Ausencia de juego interpersonal o patrones de juego alterados.
- Problemas de lenguaje: retraso, desviado, inhibido, etc.
- Problemas de adecuación al contexto.
- Pueden darse estereotipias en el uso de los objetos.

De los dos a los tres años:

Alteraciones anteriores más patentes. Desde la tendencia al aislamiento, la interacción y comunicación con iguales alteradas, el juego es carente de imaginación o de actividad compartida. Ausencia de conducta exploratoria o sustitución de estas por estereotipias, etc.



De los tres a los seis años:

Las dificultades comunicativas, en la interacción social y en el desarrollo de las actividades se hacen más evidente. Es una etapa en donde se aprecian con más claridad todas las conductas y patrones de comportamiento alterados.

De los seis años en adelante:

El autismo persistirá como alteración a lo largo de toda la vida del individuo. Una educación adecuada remitirá los posibles problemas de comportamiento existentes y favorecerá ciertos niveles adaptativos, aunque persistirán las dificultades sociales genéricas (cualidad específica de las emociones).

DEFICIENCIAS ESPECÍFICAS DEL LENGUAJE EN EL AUTISMO:

Las habilidades comprensivas y receptivas pueden estar más desarrolladas que las expresivas: Tal vez comprenda las instrucciones tales como "Dame el lápiz", pero no sea capaz de decir "lápiz" cuando lo desee.

La repetición de frases mecánicas repetitivas (repetición de lo que le decimos tras una breve demora) es posible que no constituya un lenguaje significativo. Puede repetir la frase "Vete de aquí" pero no ser bien utilizada en el contexto. No siempre, ni mucho menos, la ecolalia está exenta de sentido comunicativo funcional por lo que debe de tenerse en cuenta el contexto, la mirada, postura y ademanes.

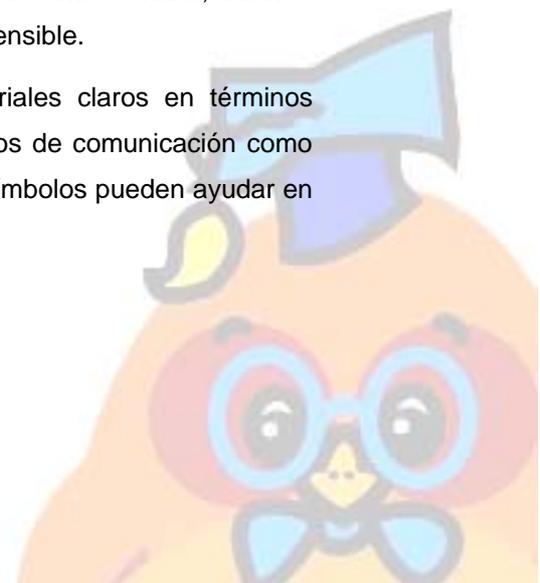
Las habilidades de lenguaje que se observan en un entorno pueden no generalizarse a otro. Por ejemplo, un objeto se identifica de manera correcta sólo si se parece a uno familiar para el niño.

Las habilidades de lenguaje en ocasiones no siguen patrones normales o esperados del desarrollo. Un niño que no habla puede ser capaz de leer.

El lenguaje verbal puede incluir un cierto retraso, ecolalia, discurso con significado mezclado con inapropiado (jerga, palabras ininteligibles y/o uso peculiar o extraño).

El lenguaje no-verbal puede estar retrasado y limitarse a respuestas como señalar, ausente o desarrollado de manera peculiar y extraña y generalmente incomprensible.

Estas características pueden requerir presentaciones de materiales claros en términos visuales, así como ademanes y ayuda física. Los medios alternativos de comunicación como señalar las imágenes, empleo de mímica, palabras escritas u otros símbolos pueden ayudar en la evaluación.



MUTISMO SELECTIVO

Se trata de un trastorno que se caracteriza por una notable selectividad de origen emocional en el modo de hablar, de tal forma que el niño demuestra su capacidad lingüística en algunas circunstancias pero deja de hablar en otras circunstancias definidas y previsibles. Lo más frecuente es que el trastorno se manifieste en la primera infancia. Su incidencia es aproximadamente la misma en ambos sexos y suele acompañarse de rasgos marcados de ansiedad social, retraimiento, hipersensibilidad o negativismo. Es típico que el niño hable en casa o con sus amigos íntimos pero permanezca mudo en la escuela o ante extraños. Pueden presentarse otras formas (incluso lo contrario de lo descrito).

El nivel comprensivo y expresivo no es lo relevante en este trastorno, aunque pueden darse otros trastornos del lenguaje asociados. Para que se establezca este diagnóstico debe darse además de posibilidades de lenguaje una persistencia del problema y la selectividad comunicativa.

COMUNICACIÓN Y RELACIONES SOCIALES

La introversión es un rasgo de personalidad que se caracteriza por la tendencia del niño por ser reservado, alejado, distante, aparentemente frío y poco expresivo y de poco gusto por las relaciones sociales. Su mundo relacional íntimo está restringido a pocas personas.

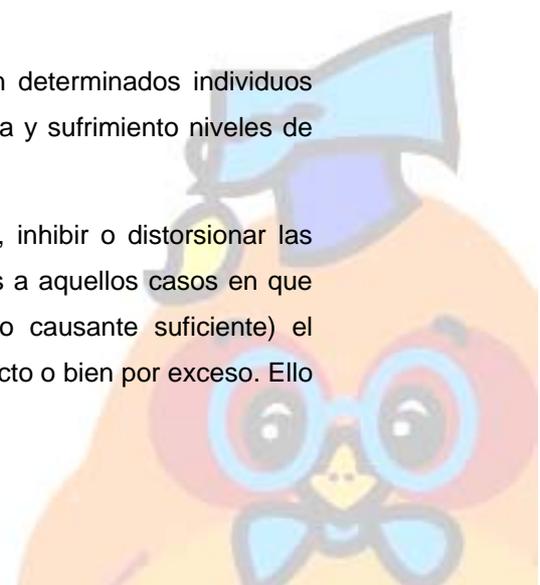
Puede asociarse a timidez, aunque en el caso del introvertido la ansiedad social no tiene porque existir. En situaciones determinadas y más favorables para ellos pueden mostrarse más locuaces y abiertos.

BLOQUEOS (TRAC): Sería una alteración que se asocia a la actuación o ejecución ante personas al temer la aparición de síntomas tales como temblar, quedarse en blanco, perder el control y hacer el ridículo, etc. .

Los síntomas físicos (palpitaciones, mareos, etc.), los conductuales (temblores, gestos ansiosos, balbuceos, paralización, voz quebrada, etc.), los intelectuales (bloqueo, mente en blanco, confusión, fuga o descontrol de ideas, etc.) y los cognitivos (sobre todo en forma de anticipaciones negativas previas o durante la ejecución misma) puede llevar a comportamientos evitativos o a una vivencia de la situación dramática con afrontamientos ansiosos o incluso con crisis de pánico.

El trac como elemento ansioso activador puede permitir en determinados individuos que poseen una cierta confianza en sí mismos y capacidad de lucha y sufrimiento niveles de ejecución óptimos.

Es cierto que los problemas de ansiedad pueden bloquear, inhibir o distorsionar las pautas de interacción y relación social, aunque aquí nos referiremos a aquellos casos en que en ausencia de ansiedad social importante (o no como elemento causante suficiente) el individuo no domina los mecanismos de relación social, bien por defecto o bien por exceso. Ello



origina dificultades relacionales que pueden llevarle a una inhibición relacional o a problemas de interacción e integración social (rechazo, marginación, humillaciones, burlas, etc.).

Podría ser el caso de niños “pegajosos”, “meticones”, “criticones”, “metepatas”, necesitado de ser ante los demás, “charlatanes”, con reacciones poco contextualizadas, egoístas, bruscos, pedantes, poco asertivos, blandos, “lloricas”, poco empáticos, agresivos, etc.

La TIMIDEZ supone niveles de incomodidad en las relaciones sociales e interpersonales pero que no interfieren en exceso en la vida del niño. Normalmente mejora con el paso de la adolescencia.

En el entorno escolar este problema se puede detectar por la dificultad del alumno en buscar y mantener relaciones sociales con los compañeros y/o profesores, ansiedad en las intervenciones orales en clase, etc. Aparecen conductas de excesiva ansiedad ante asociado a conductas de evitación y huida de estas situaciones.

Puede en algunos casos la timidez pasar desapercibida al tener pocas manifestaciones fisiológicas o comportamentales y en cambio el sujeto estar repleto de pensamientos de dudas, desvalorizaciones, etc. que disimula.

La timidez puede circunscribirse también a temas específico (hablar de dinero, de amores, etc.), o a aspecto concretos como defender los propios derechos o mantener la mirada.

SITUACIONES TEMIDAS POR LOS TÍMIDOS
Realizar actividades ante gente o público
Pensar que es observado
Relacionarse con gente que le impresiona por razones de estatus, autoridad, sexo opuesto, persona atractiva u otras atribuciones
Actuar en contextos informales
Relacionarse con extraños
Ser asertivo. Defender los propios derechos y afirmarse

La timidez tiene una tasa de prevalencia del 40 %.

