



ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD EN LA ESCUELA: ALUMNOS CON ALTERACIONES DE PERSONALIDAD

ESTEBAN SÁNCHEZ MANZANO (*)

RESUMEN. La atención a la diversidad de los alumnos en la escuela ha sido un paso muy importante para la plena integración social de los niños excepcionales. Las alteraciones de la personalidad en los niños y adolescentes son entidades muy complejas y los límites de las diferentes alteraciones son ambiguos. En este artículo presentamos un modelo clasificatorio para que los profesores y orientadores puedan hacer las correspondientes intervenciones educativas, después de evaluar a los alumnos que manifiestan algunos de los síntomas que explicamos. En el fondo de gran parte de estas alteraciones está la ansiedad, por lo que es recomendable que desde la escuela se hagan programas de entrenamiento y relajación, habilidades sociales y autocontrol. Los alumnos con alteraciones de personalidad, aunque no sean alteraciones graves, tienen, también, bajo rendimiento escolar por lo que es necesario que la escuela les ofrezca los apoyo pedagógico.

ABSTRACT. The attention to the diversity of the students in the school has been a very important step for the full social integration of the exceptional children. The alterations of the personality in the children and adolescents are very complex entities and the limits of the different alterations are ambiguous. In this article we present a model classificatory so that the professors and guide can make the corresponding educational interventions, after evaluating the students that manifest some of the symptoms that we explain. The anxiety is in the bottom of great part of these alterations, for what is advisable that from the school programs of training and relaxation, social abilities and self-control are made. The students with alterations of personality, not serious alterations, they have, also, low school yield for what is necessary that the school offers them the pedagogic support.

Las alteraciones de la personalidad hacen referencia a un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social. A diferencia de la dimen-

sión cognitiva (percepciones, memoria, atención, inteligencia, creatividad, lenguaje), al hablar de personalidad se da preferencia a los procesos emotivos y tendencias del individuo, aunque los diferentes factores

(*) Universidad Complutense de Madrid.

ejercen una influencia directa entre sí. Para poner un ejemplo, un niño con una capacidad intelectual alta puede padecer un estado depresivo (problema emocional y afectivo) que influye negativamente en sus resultados académicos; aún poseyendo potenciales óptimos para aprender, el estado de ansiedad con depresión impide el aprendizaje; es más, un porcentaje elevado de alumnos que sufren fracaso escolar es debido, no a una inteligencia baja, sino a algún problema de personalidad.

El empleo del término «personalidad», al tratarse de niños muy pequeños, no puede tomarse en el mismo sentido que se usa al hablar de jóvenes o adultos, pues los niños no tienen una organización estable de su persona, ya que ésta se encuentra en proceso de desarrollo y formación. A pesar de todo, si se usa el término «personalidad» es por ser un término general que tiene en cuenta no sólo la conducta manifiesta, sino, también, los procesos que subyacen a dicha conducta: emociones, afectos, motivaciones etc.

Por «personalidad» se entiende lo propio que un individuo tiene y aquello que le distingue de otros. Podría definirse, de acuerdo con la propuesta de Jaspers, como «todos los procesos y manifestaciones psíquicos en cuanto son indicación de una unidad individual, de un "todo" comprensible como unidad a través del tiempo, que son vividos por un individuo con la conciencia de que se trata de la conciencia de su propio sí mismo». (Dorsch, 1976), «Personalidad» guarda una estrecha relación con «persona», cuyo término tiene connotaciones filosóficas. Etimológicamente «persona» es un término derivado de «prósopo», (en griego significa máscara teatral); según algunos; otros hacen derivar la palabra de «persum», (en etrusco significa cabeza o cara); y, por fin, hay quien piensa que su derivación es de «per se unam» (en latín significa unidad substancial).

En la historia de la psicología varios investigadores y especialistas han descrito

el desarrollo de la personalidad desde la infancia; entre los más representativos se pueden señalar a Freud, Piaget, Gesell, Erikson y Wallon. Todos ellos están de acuerdo en que existen estadios o etapas en el desarrollo y la configuración de la personalidad. Dichas etapas mantienen cierta estabilidad en el tipo de comportamiento, sucesión, jerarquización y periodos críticos. Pero estas etapas no están estrictamente marcadas y, aunque por lo general, existe una sucesión que guarda relación con la edad, no todos los individuos consiguen superar las etapas al mismo tiempo y de la misma forma.

En definitiva, cada personalidad individual ha de considerarse como el resultado final de una interacción entre factores biológicos y ambientales. Ello hace que los desajustes o trastornos de la personalidad sean el producto de diferentes causas biológicas o medioambientales, y, aunque tengamos que clasificar según ciertas categorías comúnmente aceptadas, cada niño que padece alguno de los trastornos de personalidad ha de ser diagnosticado y tratado individualmente, pues la misma causa puede tener síndromes diferentes y un determinado síndrome puede ser la manifestación de causas diversas, condicionados por la constitución biológica y el medio familiar, escolar y social en el que el niño se encuentra. Los obstáculos que impiden que una determinada personalidad se desarrolle eficazmente se conocen con el nombre de «frustración», y ésta corresponde a las circunstancias que determinan que una necesidad o motivo fracasen en ser satisfechos. El estado emocional que acompaña a este hecho se denomina «presión psicológica», «tensión» o «ansiedad».

Los trastornos de personalidad hay que limitarlos, por tanto, a problemas emocionales, afectivos y sociales. Estos últimos, cuando haya evidencias de que han sido causados por perturbaciones emocionales o afectivas subyacentes, y no cuando son causados por situaciones ambientales

propriadamente, aunque sea muy difícil separar en ocasiones las causas y las consecuencias de dichos trastornos; los cuales son más bien una red compleja en la que es difícil determinar las causas y los efectos. Heward (1997) explica que los términos más utilizados por los especialistas, al hablar de este tipo de trastornos, son los siguientes: *niños con perturbaciones emocionales, inadaptaciones sociales, trastornos psicológicos, discapacidad emocional, e, incluso, psicóticos, cuando su conducta es extremadamente anormal o extraña*. El mismo autor habla de *trastornos emocionales y de conducta* para referirse al tema que estamos tratando. La mayoría de los alumnos que sufren trastornos emocionales son físicamente sanos y su conducta introvertida, agresiva o de otra índole es un grave obstáculo para su integración escolar. Muchos de los alumnos con problemas emocionales tienen gran dificultad para establecer relaciones sociales (Cartledge y Milburn, 1995). Y aproximadamente las dos terceras partes de los niños que tienen problemas emocionales tienen también conductas antisociales. En las clases exhiben comportamientos tales como: no estar en su mesa de trabajo, correr por el aula, molestar continuamente a los compañeros, pegarlos y refir con ellos, no hacer caso al profesor, quejarse en exceso, distorsionar la verdad, tener berrinches y no hacer los deberes (Valdés et al., 1990). Y Heward, en referencia a Walker afirma que «los niños que en la etapa preescolar muestran signos de conducta antisocial no la abandonan, sino que más bien la fijan a lo largo de la escolarización, con resultados desastrosos para sí mismos y para los demás». Esto nos ha de hacer reflexionar sobre la importancia que ha de tener en los centros educativos un plan de identificación de los niños con problemas de personalidad y que sean convenientemente tratados a fin de prevenir conductas desastrosas para ellos mismos y para la sociedad.

La *emoción* ha sido definida, según indica Pinillos (1975), como «una agitación del ánimo acompañada de fuerte conmoción somática»; pues, en efecto, toda emoción lleva a manifestaciones externas de cambios en el estado fisiológico de la persona: en el ritmo cardiaco, en la respiración, en la circulación sanguínea, etc. El mismo autor da otra definición más explícita cuando dice que la emoción es «un estado de alteración afectiva, originado normalmente por una situación que amenaza o frustra al sujeto, o lo excita, y que se manifiesta somáticamente por cambios glandulares y de la musculatura lisa, por alteraciones conductuales y naturalmente, por cambios neurofisiológicos y endocrinos considerables». Los trastornos emocionales llevan a estados de ansiedad o un estado patológico de anticipación de peligro o dolor, como ya dijera Freud en *Más allá del principio de placer*.

Aunque no todos los trastornos de personalidad llevan a conductas de inadaptación social, sin embargo, según lo anteriormente señalado, hay una frecuencia de que las perturbaciones emocionales dan como consecuencia un desajuste social.

La *inadaptación social*, aplicada aquí tan sólo como aquélla que está causada por un trastorno emocional, puede ser definida como *la expresión clínica de la reacción consistente en un acusado malestar, superior al esperable, dada la naturaleza del estresante o un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica)* (DSM IV, 1995). Se podría decir, que el niño con un problema emocional adopta una actitud defensiva ante el mundo que le rodea, hasta el punto que se retrae en sus actividades académicas de forma significativa. Muchos problemas académicos son el producto de perturbaciones de personalidad subyacentes al propio niño; para solucionar el problema escolar no basta con la aplicación de técnicas pedagógicas, sino que se necesitan técnicas propiadamente psicológicas que

eliminen el estado defensivo en el que el niño se encuentra.

El Departamento de Educación de los EEUU, al hablar de trastornos emocionales o de personalidad con incidencia en el currículum, dio la siguiente definición:

- El término se refiere a un desorden que muestra una o más de las siguientes características durante un período extenso de tiempo y en un grado elevado y que afecta negativamente al rendimiento escolar:
 - *Una incapacidad para aprender que no puede explicarse por causas intelectuales, sensoriales o sanitarias;*
 - *una incapacidad para entablar y mantener relaciones interpersonales satisfactorias con los compañeros y profesores;*
 - *unos tipos de conducta y sentimientos inapropiados en circunstancias normales;*
 - *un sentimiento general de infelicidad y de presión;*
 - *una tendencia a desarrollar síntomas o temores respecto a los problemas personales o escolares.*
- El término incluye a los niños esquizofrénicos (o autistas), pero no a los que padecen problemas de adaptación social, a menos que se determine que sufren trastornos emocionales graves (Heward, 1997).

Como puede observarse esta definición incluye un conjunto amplio de síndromes que proceden de problemas emocionales, afectivos y, de forma más extensiva, de personalidad.

La *clasificación* de los trastornos de personalidad es a veces ambigua y resulta oscura para los educadores, pues como advirtieron Rutter (1978), Spitzer y Cauntwel (1980) no existe un sistema claro de

clasificación de los trastornos psiquiátricos en la infancia que sea natural y correcto, pues es difícil que se base en hechos y no en conceptos teóricos. Tampoco las diferentes clasificaciones tienen índices de fiabilidad y validez adecuadas, pues los profesionales no se ponen de acuerdo y las predicciones no son buenas. Importa mucho tener en cuenta que los trastornos psicológicos infantiles no son entidades discretas, sino que, por el contrario, forman parte de un *continuum* que entre una y otra entidad clasificatoria no tiene perfiles claros, debiendo atender más al desarrollo del trastorno que a la clasificación. En este sentido Heward, (1997) ha señalado que la clasificación hecha en DSM IV (1995) en 230 categorías diferentes de diagnóstico o etiquetas que identifican diferentes tipos de trastornos de conducta en los niños son poco útiles para la educación y el tratamiento más adecuado de estos niños.

Quay et al. (1986), después de haber analizado un amplio conjunto de clasificaciones, dividió los trastornos de personalidad infantil en cuatro grupos:

- *Perturbaciones de la conducta* en las que se incluyen a niños desobedientes, rebeldes, agresivos, autoritarios y caprichoso;
- *ansiedad-introversión*, aplicable a niños tímidos, sentimientos de inferioridad, culpabilidad, infelices;
- *inmadurez* o niños con torpeza, poca atención, pasividad, ensoñaciones, preferencia de juegos con niños más pequeños;
- *agresión socializada* que se manifiesta en absentismo escolar, pertenencia a pandillas, delincuencia.

Aunque la clasificación de los trastornos de personalidad en la infancia tenga las dificultades que se han apuntado, sin embargo, hemos de partir de algún sistema clasificatorio en la escuela pues no todos los

síndromes tienen las mismas repercusiones curriculares y hemos de tener claro a qué nos referimos cuando se habla de determinado tipo de conducta perturbada. Dividiremos los trastornos de personalidad en tres grandes apartados, según se hizo en el libro de *Principios de educación especial* (Sánchez Manzano, 2001):

PROBLEMAS ESPECÍFICOS DEL COMPORTAMIENTO

En este apartado se clasifican conductas psicopatológicas concretas teniendo en cuenta las causas o los efectos de las mismas y que no tienen una repercusión en la personalidad global como tal. Estarían catalogadas en el grado menor de perturbación, estas son: la hiperactividad, la agresividad, trastornos del sueño, enuresis, encopresis, anorexia, tics, onicofagia, etc. En este artículo se hablará de la hiperactividad y de la agresividad, al ser los problemas que tienen una mayor incidencia en el ámbito escolar.

REACCIONES NEURÓTICAS

Ya se ha señalado que la personalidad de los niños está en vías de desarrollo, por tanto, los niños tienen reacciones neuróticas, pues no existe un síndrome neurótico como tal del que puede hablarse semejante al de los adultos. Son éstas, reacciones de ansiedad generalizada que se traslucen en diferentes síndromes: depresión, fobia, obsesión (que expondremos en este artículo), y otros síndromes más.

AUTISMO Y PSICOSIS INFANTIL

La psicosis infantil o el autismo son síndromes graves de la personalidad en general. Hay una desorganización de la conducta y de la relación del niño con las

demás personas y con el ambiente. La psicosis infantil o el autismo no será tratado en este artículo al considerar que es un síndrome con características propias que por su gravedad rebasa los límites de los problemas menores.

Esta clasificación responde a lo que pensamos ha de ser una clasificación para la Educación Especial, con un objetivo primordialmente psicopedagógico, cuyas características han de ser: *simplicidad* a fin de ser fácilmente identificado un alumno en el contexto escolar y el proceso entendido como un contínuum que va desde problemas relativamente simples hacia problemas más complejos de ansiedad y problemas muy graves o psicóticos, entendiéndolo todo ello como una red que se conecta con las profundidades psicológicas del niño, más que como un haz discreto de conductas.

LA HIPERACTIVIDAD

La hipercinesia o hiperactividad ha sido definida por la OMS (1993) como un:

Trastorno cuyas características esenciales son la incapacidad para mantener la atención y la tendencia a distraerse. En la niñez temprana el síntoma más llamativo es la hiperactividad extrema sin inhibiciones, aunque mal organizada y no regulada, que en la adolescencia puede cambiar a hipoactividad. También son síntomas comunes la impulsividad, las fluctuaciones acentuadas del ánimo y la agresividad. A menudo hay retraso en el desarrollo de habilidades específicas y las relaciones sociales son malas y perturbadas.

En el DSM-IV (1995) se denomina a este síndrome como *trastorno por déficit de atención* al estar en él siempre presentes las dificultades de atención.

Ajuriaguerra y Marcelli (1987) distinguen la *inestabilidad motriz* con continuo movimiento y la *inatención*, propiamente dicha, o *inestabilidad psíquica*;

ambas formas van asociadas pero, a veces, una prevalece sobre la otra. Por otra parte la OMS en el CIE-10 (1994) dice que:

Muchos expertos reconocen también la existencia de entidades sindrómicas del trastorno hiperactivo. De los niños que cumplen criterios varios, pero que no muestran anormalidades del tipo hiperactividad/impulsividad se dice que padecen déficit de atención; por el contrario, los niños que se quedan cortos en los criterios para las anomalías de la atención, pero que cumplen los criterios de las otras áreas, padecerán un trastorno de la actividad.

Hasta los 4 años cierta hiperactividad es normal en los niños; la excesiva actividad en la infancia temprana es una consecuencia del desarrollo que se produce. A partir de esta edad el niño deberá ir controlando sus propios impulsos y deberá seleccionar los estímulos a los que en cada momento ha de atender, de modo que, en la etapa de educación primaria, no persistan dichos síntomas.

Se han señalado diferentes causas de la hiperactividad: *Neurológicas* o una disfunción cerebral mínima, pues se han hallado anormalidades en el trazado del EEG en el 50% de niños hiperactivos. En los niños mayores el síndrome se asocia a una falta de madurez de la corteza, que se caracteriza porque los ritmos rápidos de las regiones anteriores no llegan a desplazar la actividad theta (Small et col. 1978). Se ha sugerido la teoría de una deficiencia en *proteínas* o *carencias nutricionales* crónicas de vitaminas y minerales (niacina, la B3, la B6 y la C). Las alergias pueden producir, también, irritabilidad y desatención. *Ambientales*, ya sean familiares, pues una familia con tensiones y conflictos puede alterar la estabilidad emocional del niño, o psicopedagógicas.

La *evaluación* de la hiperactividad ha de hacerse, especialmente, mediante una observación sistemática al niño. La identificación por métodos de observación por

parte de los padres y de los maestros es fundamental.

Para establecer un diagnóstico de hiperactividad la OMS (CIE-10, 1994) recomienda que se tenga en cuenta la presencia clara de niveles anómalos del *déficit de atención, hiperactividad e inquietud* a través del tiempo y en situaciones diferentes, y que éstos no eran causados por otros trastornos como el autismo o problemas afectivos. Establece, de igual modo, los criterios para hacer un diagnóstico diferencial, siguiendo los parámetros siguientes:

- Una *falta de atención* (a menudo no acaba las cosas que empieza; a menudo no parece escuchar, se distrae con facilidad; le cuesta concentrarse en el trabajo escolar etc.).
- *Hiperactividad* (inquietud con movimientos de manos o pies; abandono del asiento en clase; patrón excesivo de actividad motora, etc.).
- *Impulsividad* (actúa antes de pensar; cambia con excesiva frecuencia de una actividad a otra; le cuesta guardar turno en los juegos o en las colas, etc.).

La *intervención* ha de ser médico-psicopedagógica, pues la eficacia en el tratamiento según los expertos, está en la combinación de varios métodos.

La *destroanfetamina* (sulfato de dexedrina) y el *metilfenadiato* (ritelín) son medicamentos útiles en el síndrome de hiperactividad.

Una terapia encaminada al remedio de carencias nutricionales crónicas de vitaminas, como la niacina, la B3, la B6 y la C, puede dar buenos resultados. Se han presentado terapias dietéticas varias; al igual que la terapia *megavitaminica* a base de niacina o piacnamida 1 ó 2 grs., diariamente, en función del peso corporal; ácido ascórbico, 1 ó 2 grs., diariamente; pantotenato cálcico 400 a 600 grs. diarios es efectiva, según sugiere Valett (1986).

Desde el punto de vista psicoterapéutico se han señalado tratamientos diferentes:

- La *autosugestión* o la *hipnosis*.
- La *modificación de conducta*: condicionamiento positivo, negativo, castigo, tiempo fuera, etc.
- El *biofeedback* o técnica de autocontrol y autocorrección.
- La *psicoterapia*, encaminada de modo especial a eliminar sentimientos negativos y destructivos de sí mismo y de los demás.
- La *terapia cognitiva*, mediante entrenamiento en ejercicios para aprender a estructurar tareas y aplicación de estrategias destinadas a la búsqueda impronta de hipótesis.

REACCIONES AGRESIVAS

Cierto grado de agresividad es natural en los seres humanos y no ha de considerarse patológico, sólo se considerará un trastorno cuando hay un alto grado de agresividad y una conducta destructiva. Por ello, se ha distinguido entre *la agresividad*, como *competividad* o superación, y *la agresión* que implica una necesidad de actuar destructivamente. La agresión puede aparecer en los niños de muy diversas formas, desde las más a las menos primitivas: morder, golpear, tirar objetos, quemar, hablar mal, desacreditar, etc. ¿Es la agresión una reacción a la frustración, entendida ésta como una vivencia de fracaso, de perjuicio, de injusticia (reales o imaginados)? Así parece que lo han entendido algunos autores.

Ajuriaguerra y Marcelli (1987) han descrito el desarrollo de las conductas *heteroagresivas* diciendo que las primeras conductas manifiestamente agresivas aparecen al final del segundo año y durante el tercero. Entre los 2 y 3 años el niño adopta un comportamiento negativista. A los 4 expresa verbalmente su agresividad.

En la mayoría de los casos estas conductas desaparecen, pero algunos niños siguen manteniéndose violentos; cuando el niño persiste en estas conductas negativistas y agresivas se denomina «verdugo familiar violento», pues, en estos casos, es un continuo problema familiar. Algunos alumnos son especialmente agresivos en los centros escolares: rifien, pegan, intimidan a sus compañeros más allá de lo que pudiera considerarse normal incluso no es infrecuente, el ataque a los profesores por parte de algunos alumnos violentos. Todo ello nos debe hacer reflexionar para buscar las verdaderas causas de este tipo de comportamientos y poner los remedios necesarios.

Existen excepcionales casos de niños parricidas. La impulsividad, la inmadurez afectiva y la carencia de una estructura familiar estable se encuentran en estos casos.

Hay quien distingue entre *heteroagresividad* y *autoagresividad*.

- La *heteroagresividad* consiste en la necesidad de actuar coercitivamente sobre los demás. Aparece como reacción a una amenaza (o que el sujeto interpreta como amenaza) y contra el propio poder.
- La *autoagresividad* se da si la agresividad se dirige contra uno mismo, cuando ésta es inhibida y reprimida por normas sociales con resultado de odio hacia la propia persona. Niños con manifiesta inhibición, introversión o culpabilidad pueden impulsar la agresividad contra ellos mismos; en ocasiones, la autoagresividad puede llevar a la automutilación y al suicidio. Un 10% de tentativas de suicidio de niños y adolescentes corresponde a niños menores de 12 años. Existe una mayor incidencia en niños que en niñas.

Entre las *causas* que están en la base de las conductas agresivas se han descrito causas *cerebrales y ambientales*. Entre las primeras se habla de que determinados centros cerebrales favorecen conductas agresivas y otros las inhiben. Estos centros se sitúan en regiones del tálamo y del hipotálamo. También se piensa que la testosterona influye en la agresividad.

Entre las causas ambientales se ha sostenido que un medio psicosocial inadecuado hace que la agresividad se convierta en destructiva. Duché (1964) señalaba los elementos psicológicos más importantes que favorecen la agresividad: impulsividad, hiperemotividad ansiosa, retraso afectivo, depresión como reacción a una desgracia física o a un conflicto escolar o familiar.

Podemos decir que la falta de afecto familiar está en la base de la agresividad patológica en una alta proporción de casos.

Para la *evaluación* es de suma importancia la información recogida de la familia y de los profesores. Los tests de personalidad nos proporcionarán el grado de agresividad para poder evaluar la conducta de forma cuantitativa.

Para calificar una conducta de agresividad se ha de tener en cuenta un patrón repetitivo y persistente de conducta agresiva que viola los derechos elementales de los demás y se manifiesta por alguna de las siguientes características: violencia sádica contra personas o bienes y robos, fuera de casa, con enfrentamiento y agresión a las víctimas.

La *intervención psicopedagógica* deberá dirigirse hacia las causas que generan dichas conductas; y en el caso de que el medio familiar o social del niño refuerce estos comportamientos agresivos, el tratamiento irá dirigido al medio en el que el niño vive para que no provoque estas conductas. La terapia de conducta y la psicoterapia individual y de grupo son técnicas eficaces y necesarias para la solución de estos problemas.

REACCIONES NEURÓTICAS INFANTILES

Las reacciones neuróticas infantiles o reacciones de ansiedad infantil tienen límites vagos y no pueden entenderse sino es en la dinámica evolutiva del niño. Eysenck (1962) pensaba que «los síntomas neuróticos son modelos aprendidos de conducta, los cuales por una u otra razón, resultan inadaptados». Este mismo autor dice que el sujeto hereda a la vez una predisposición a la neurosis (neuroticismo) y una dimensión de su personalidad (introversión o extraversión) que orienta las manifestaciones neuróticas eventuales, ya sea hacia una neurosis obsesiva (polo introvertido), ya sea hacia una neurosis histérica (polo extravertido). Para Wolpe (1958) la conducta neurótica es «un hábito persistente de una conducta inadaptada, adquirida por aprendizaje en un organismo fisiológicamente sano»; la ansiedad «es, generalmente, el constitutivo central de esta conducta, estando, invariablemente, presente en las situaciones causales».

Para la OMS (1994) los trastornos de ansiedad en los niños y en los adultos se «presentan de modo diferente [...], y que por tanto es necesario desarrollar categorías adicionales para los niños».

Los autores Lebovici y Berrinsweig (1967) han dicho que la fórmula neurótica infantil es más inhibida y más compleja que la del adulto y que la existencia o agrupaciones de síntomas neuróticos en el niño no conduce al diagnóstico de una organización neurótica específica. En el niño la fórmula neurótica tiene un carácter extensivo, pudiendo pasar de una forma fóbica a una obsesiva. Además, las características neuróticas pueden evolucionar en el curso del desarrollo de la personalidad; por esto, no se puede predecir la forma que tomará la patología en la edad adulta, ni tan siquiera si se manifestará. Para Ajuriaguerra (1975) la *ansiedad* se caracteriza por un sentimiento de peli-

gro inminente con actitud de espera, que provoca un desorden más o menos profundo. Rank (1928) decía que el primer trauma es el nacimiento; de este modo escribía: «Creo que el nacimiento es la primera situación peligrosa experimentada, que es un profundo choque, tanto a nivel psicológico como fisiológico. Este choque crearía una reserva de angustia y toda angustia posterior tendría como fuente la angustia del nacimiento».

Para Spitz (1979) existen tres estadios en el desarrollo de la angustia:

- En el primer trimestre no se puede hablar de angustia sino de estado de tensión fisiológica.
- En el segundo trimestre de la vida existe la reacción al miedo, esta reacción es siempre a un *objeto presente* en el entorno.
- Entre los 6 y 8 meses aparecen manifestaciones que pueden llamarse propiamente de angustia.

Se han distinguido entre *reacciones de angustia episódica* y *reacciones de angustia aguda o crónica*.

- Las *reacciones de angustia episódica* con una duración variable. La persistencia depende en gran medida del entorno.
- Las *reacciones de angustia aguda o crónica*, manifestadas mediante crisis que sobrevienen varias veces al día; el niño manifiesta pánico, con ojos descajados, tembloroso, sudor, trastornos respiratorios, cardíacos y abdominales. El comienzo es brusco y puede durar entre varios minutos y media hora.

En el CIE-10 (1994) se habla de una *ansiedad por separación* con temor a que las personas cercanas le abandonen o desaparezcan y con temor injustificado a quedarse solo; una *ansiedad social* o trastornos al ser expuesto a la presencia de gente no familiar con evitación social; *ansiedad por*

rivalidad entre hermanos o sentimientos negativos muy intensos hacia un hermano menor; *ansiedad fóbica* o miedo muy intenso que viene acompañado de una incapacidad social importante.

LAS FOBIAS

Las fobias en los niños son temores injustificados y no razonables ante objetos, seres o situaciones.

Se ha de diferenciar entre angustia difusa, miedo y fobia.

- La *angustia difusa* no se refiere a ningún objeto ni situación particular.
- El *miedo* responde a la percepción de un peligro real.
- La *fobia* será diferente, según se la considere como una reacción de miedo condicionada, o como el desplazamiento del miedo a un objeto o a una situación específica, o hacia otra situación más inofensiva.

Para Ajuriaguerra (1975) las *manifestaciones fóbicas* pueden multiplicarse infinitamente. Se puede tratar de miedos a una acción exterior por elementos insólitos; miedo a personajes irreales (fantasmas, brujas...); temor a un ataque corporal; temor a suciedad, enfermedad o contagio; temor a la oscuridad; etc.

Se han descrito tres categorías de circunstancias asociadas con la fobia: *Las fobias de objetos y animales* por las que el temor se fija en un objeto concreto o en algún animal; *las fobias impulsivas*, temor a producir daño a alguien; y *las fobias de situación* en circunstancias determinadas, como espacios abiertos o cerrados, en la escuela, etc.

Un gran número de fobias remiten de forma espontánea, si se sabe conducir al niño con ayuda y dándole la seguridad necesaria para que supere el miedo; sin embargo, en algunas ocasiones, las fobias pueden ser la base de una neurosis obsesiva más estructurada o, a veces, las fobias

pueden ser los primeros síntomas de una psicosis infantil; por todo ello es preciso estar muy atentos a la duración de la fobia (grado de cronicidad) y a la fuerza de la misma (grado de intensidad).

La *fobia escolar* es una situación fóbica por el hecho de asistir a la escuela o la ansiedad que produce al niño el propio maestro o los compañeros. Es más frecuente en el hijo único y más en la niña que en el niño. La edad de aparición es entre los 5 y los 13 años.

Los *síntomas* de la fobia escolar son: ansiedad aguda con rabia, cólera y oposición violenta antes de ir a la escuela. En algunas ocasiones la ansiedad se somatiza por medio de vómitos, dolores abdominales, cefaleas, etc.

Johnson (1941) distinguió entre los niños que se niegan a ir a la escuela y presentan, además, desórdenes de conducta y, a veces, conductas delictivas (niños que hacen novillos), de aquellos otros niños que por motivos irracionales se niegan a ir a la escuela y que tienen reacciones de ansiedad o pánico cuando se les obliga a ir (fobia escolar).

Se han dividido las fobias escolares en *agudas* y *crónicas*, según el tiempo; y atendiendo a la forma, *inducidas* y *comunes*. La forma *inducida* es traumática y tiene como raíz una relación patológica padres-hijos. En este tipo de fobias se ha apuntado el factor *psicológico* de una dependencia mal resuelta entre el hijo y la madre; las madres de estos niños son ansiosas, ambivalentes, tienen una hipersolicitud aprensiva hacia su hijo. También, otros factores *socioambientales* pueden ser causas de ansiedad, tales como los cambios de escuela, cambios de país, enfermedad de los padres, enfermedad del niño, etc.

En la *evaluación* debemos advertir si el rechazo a la escuela es por una fobia o por otro motivo. Y, además, si la fobia a la escuela es una fobia a separarse de su madre, al maestro, a los compañeros, un temor a la

escuela como tal o a la didáctica empleada, etcétera.

La elección del tratamiento dependerá de la edad del niño y del diagnóstico, ya se trate de que la fobia escolar se haya generado en la relación madre-hijo, en este caso se deberá tratar esta relación, o, por el contrario, que la fobia sea propiamente escolar, en cuyo caso el tutor y los profesores deberán poner los medios para la solución. A veces, el niño podrá necesitar algún tratamiento psicológico, como una terapia de apoyo, si la fobia se hace crónica.

LAS OBSESIONES

Las *obsesiones* son ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistentes no producidos voluntariamente, sino como impuestos a la propia conciencia, aun haciendo intentos de ignorarlos o suprimirlos. Y las *compulsiones* son conductas repetitivas que se efectúan según determinadas reglas de una forma estereotipada. A esa cualidad intrusa de las obsesiones se la denomina «egodistonia», pues el contenido de la obsesión es ajeno fuera de su control, reconociendo que son el producto de su mente y no vienen impuestas desde fuera (DSM-IV, 1995).

En el niño no se puede desligar el contexto ni el momento evolutivo.

Algunos de los síntomas obsesivos son:

- *Un pensamiento intruso*: temores, dudas, escrúpulos, perfeccionismo, etc.
- *Impulsos obsesivos* o acciones contenidas, por las que el propio sujeto siente atracción irresistible.
- *Actos obsesivos* o «ritos» y «ceremonias» que son comportamientos mágicos.

Se ha asociado la obsesión a una madre ansiosa y perfeccionista. Los ritos del

adormecimiento son manifestaciones obsesivas menores que desaparecen cuando los padres tranquilizan a sus hijos, pero pueden evolucionar a mayor gravedad cuando los padres son perfeccionistas.

Para la *evaluación* del grado de obsesión los mejores instrumentos son una observación sistemática y los tests de personalidad, interpretados, estos últimos, por un experto.

Las ideas y pensamientos persistentes, que el sujeto trata de evitar y a pesar de todo se imponen, formalizan un diagnóstico de obsesión; del mismo modo, las conductas repetitivas y estereotipadas sin finalidad alguna y una falta de sentido corresponden a una compulsión.

Para el *tratamiento* de las obsesiones se ha utilizado terapia farmacológica a base de tranquilizantes y antidepresivos (properitiazina). Las técnicas psicoterapéuticas, especialmente las conductistas, se aplican con eficacia. Los métodos de relajación son apropiados para el comienzo del tratamiento con el fin de que el sujeto pueda autocorregir su conducta obsesivo-compulsiva.

LA DEPRESIÓN

Los síntomas depresivos en el niño han de considerarse de modo diferente de los síntomas de la depresión en el adulto, de aquí que la misma noción de depresión ha de ser diferente.

Spitz (1946) ha descrito la angustia del 6.º mes en el niño normal y advierte que los niños que sufren una carencia emocional pueden presentar una *depresión anaclítica*, que se caracteriza por un desinterés progresivo hacia el ambiente, pérdida de apetito y un trastorno de desarrollo en el peso general. Después de los tres meses se ha observado una disminución de la motricidad y comienzan trastornos en el sueño.

Lowe y Cohen (1987) han definido la depresión como «un patrón de respuesta psicobiológicamente integrado; puede presentarse un intento de salida adaptativa mediante un estado hipometabólico tras un período de responsabilidad vegetativa y conductual aumentada tras una pérdida importante, un trauma físico, un cambio social o un trastorno metabólico».

Como señalan Cantwell y Carlson (1987), la literatura médica a penas ha tenido en cuenta la enfermedad afectiva de la infancia como causa de déficit sociales, físicos o académicos. Se ha puesto de manifiesto que la depresión infantil, independiente de las dificultades de aprendizaje, podría ser un estado frecuente en niños con un bajo rendimiento escolar. La depresión no es rara en el niño. Se han descrito algunos de los síntomas asociados a la depresión: trastornos digestivos, trastornos del sueño, cefaleas, retraso motor, etc. El suicidio puede ser el último estadio de una depresión grave.

En este artículo se expone la depresión por ansiedad, excluyendo otro tipo de depresiones que se dan más en los adultos que en los niños y adolescentes. En la CIE-10 (1994) se distingue una *depresión leve* de ansiedad, de la que no se especifican criterios para el diagnóstico, al haber gran número de combinaciones, y una *depresión persistente (neurótica)*, denominada también *distimia*. En la distimia la tristeza está presente la mayor parte del día. El estado de ánimo en los niños puede ser irritable; también hay pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, fatiga, baja autoestima, dificultades de concentración, sentimientos de desesperanza. En los niños y adolescentes este trastorno hace que disminuya el rendimiento escolar y la interacción social; estos niños están irritables y son muy inestables; tienen escasas habilidades sociales. La distimia tiene con frecuencia un inicio temprano (DSM IV, 1995).

Se han apuntado como *causas* de depresión en los niños un *componente hereditario* y una *base endógena* en la depresión. Se admite que el denominador común de las reacciones depresivas es la pérdida del objeto de amor deseado, ya sea real o imaginado por el niño. La psicología evolutiva ha puesto de relieve cómo los niños desarrollan vínculos específicos y duraderos hacia los cuidadores que les proporcionan bienestar, comodidad y seguridad. Buscan la proximidad con los padres, cuando se sienten amenazados o en situaciones nuevas, y utilizan representaciones internas de los padres para enfrentarse a la ansiedad. Cuando se produce una interrupción de la relación del niño con sus padres se produce malestar y rabia, que, después, pueden ir seguidos de apatía (Bowlby, 1980).

Los tests de personalidad y los informes de los familiares son los mejores instrumentos para el diagnóstico. Los criterios más importantes de diagnóstico que se recogen en el DSM-IV (1995) son:

- Estado de ánimo depresivo crónico, observado por el individuo y los demás al menos durante un año en los niños y adolescentes, en el que el estado de ánimo puede ser irritable.
- Pérdida o aumento significativo de apetito.
- Insomnio o hipersomnia.
- Fatiga.
- Autoestima muy pobre.
- Dificultades de concentración.
- Desesperanza.

Se ha observado que la relación padres-hijo y las relaciones con los compañeros están muy alteradas en los niños deprimidos durante la fase aguda de la enfermedad. La intervención tendente a la mejora de las relaciones entre el niño y sus padres y a la mejora en las actitudes sociales es básica para el niño deprimido.

En el *tratamiento* se aplican técnicas psicoterapéuticas y terapias conductistas. La terapia cognitiva está dirigida a modificar los pensamientos y actitudes negativos y las formas desadaptativas del paciente deprimido. La *terapia de autocontrol* es otra de las técnicas que se emplean. En un estudio comparativo de las técnicas aplicadas Weissman (1979) señaló la existencia de seis estudios controlados de terapia cognitiva, ocho de terapia conductista, tres de psicoterapia interpersonal y dos de terapia de grupo y terapia de pareja. También se ha descrito un *programa terapéutico multimodal individual* para cada niño con depresión, y, dependiendo de los resultados del diagnóstico, el programa incluye: terapia biológica (fármacos antidepresivos), psicoterapia (individual, familiar y de grupo), modificación de conducta. En casos agudos se aplican fármacos antidepresivos, tales como: imipramina durante cinco semanas para el trastorno mayor; amitriptilina en siete meses en trastornos graves o en tres meses en depresión secundaria; fenobarbital en dos semanas para el grupo fóbico; etc.

CONCLUSIONES

Los trastornos de personalidad en los niños y adolescentes son entidades complejas, por esto la clasificación de dichos trastornos es ambigua y los límites de uno y otro síndrome no son precisos ni discretos, sino por el contrario, todos estos síndromes forman parte de un continuo extenso y difícilmente clasificable. A pesar de todo, la Educación Especial necesita alguna clasificación con el fin de evaluar, educar y tratar más eficazmente a este tipo de niños, a sabiendas de que no existen problemas de personalidad, sino personas que tienen determinados problemas. La escuela es una parte importante para la atención y ayuda de estos niños y jóvenes.

De manera general, en todos los trastornos de personalidad, originados por ansiedad, es recomendable que se haga una intervención escolar para que el alumno restablezca la relación con los compañeros. De este modo, el *entrenamiento en habilidades sociales* es fundamental, pues estos alumnos muestran grandes deficiencias sociales y participan en continuas peleas. Enseñar al alumno afectado el control de sus impulsos y a relacionarse con los demás es la primera intervención que la escuela debe hacer. El *autocontrol* es una buena medida. Se ha de enseñar al alumno a corregir su propia conducta antisocial: seleccionando el objetivo a mejorar, registrando la conducta, especificando los procedimientos para mejorar la conducta, implementando esos procedimientos y evaluando el autocontrol. Todo ello, asistido por el conocimiento que han de tener los profesores para aplicar diferentes técnicas de refuerzo: modelado, retirada de contingencias, extinción de conductas, conductas alternativas, economía de fichas, etc. Ha de tenerse en cuenta, también, que estos alumnos tienen un bajo rendimiento escolar y, por lo tanto, habrá que darles clases de apoyo para que no sean fracasados escolares. La pericia, aceptación y empatía del profesor son de suma importancia en la educación de los niños y jóvenes con problemas de personalidad.

BIBLIOGRAFÍA

- AJURIAGUERRA, J.: *Manual de psiquiatría infantil*. Barcelona, Toray-Masson, 1975.
- AJURIAGUERRA, J. y MARCELLI, D.: *Manual de psicopatología del niño*. Barcelona, Masson, 1987.
- ASOCIACIÓN DE NEUROPSQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL: *Terapias conductuales y cognitivas en psicopatología infanto-juvenil*. Madrid, Alhambra, 1987.

- BOWLBY, J.: *Attachment and loss*. Nueva York, Basic books, 1980.
- CANTWELL, D. P.: «Formas de intervención en la depresión infantil», en D. P. CANTWELL y G. A. CARLSON (eds): *Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia*. Barcelona, Martínez Roca, 1987.
- CARTLEDGE, G., y MILBURN, J. F.: *Teaching social skills to children and youth: innovative approaches*. MA, Allyn y Bacon. Needham Heights, 1995.
- CATTELL, R. B.: *El análisis científico de la personalidad*. Madrid, Fontanella, 1972.
- DSM-IV: *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona, Masson, 1995.
- DORSCH, F.: *Diccionario de psicología*. Barcelona, Herder, 1976.
- DUCHÉ, D. J.: «Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescence», en *Psychiatrie Infant*, 7 (1964), pp. 1-114.
- EYSENCK, H. J.: *Conditionnements et néuroses*. París, Gauthier-Villars, 1962.
- GALINDO, E. et al.: *Modificación de conducta en la educación especial*. México, Trillas, 1986.
- HERWARD, W. L.: *Niños excepcionales. Una introducción a la educación especial*. Madrid, Printice Hall, 1997.
- JACOBSON, E.: *Progresive relaxation*. Chicago, University of Chicago Press, 1938.
- JOHNSON, A. M.: «Schod phobia American», en *Journal Orthopsychiatry*, 11 (1941), pp. 702-711.
- KRIPPER, S.: «The use of hipnosis and the improvement of academic achievement», en *The Journal of Special Education*, Vol. 4, 4 (1970), pp. 451-460.
- LABOUCEUR, R. et al.: *Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. Madrid, Debate, 1981.
- LEBOVICI, S. y BRAUNSWIG, D.: «A propos de la néurose infantile», en *Psychiatrie Infant*, 10/1 (1967), pp. 41-123.
- LOWE, T. L. y COHEN, D. J.: «Investigación biológica sobre la depresión infantil», en D. P. CANTWELL y G. A. CARLSON (eds.):

- Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia*. Barcelona, Martínez Roca, 1987.
- MACIA ANTÓN, D. y MÉNDEZ CARRILLO, F. X.: *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*. Madrid, Pirámide, 1988.
- OMS: *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, Meditor, 1994.
- PINILLOS DÍAZ, J. L.: *Principios de Psicología*. Madrid, Alianza, 1975.
- QUAY, H. C.: «Clasificación», en H. C. QUAY y J. S. VERRY: *Psychopathological disorders of childhood*. (3.ª ed.). Nueva York, John Wiley y Sons, 1986.
- RANK, O.: *Le traumatisme à la naissance*. Paris, Payot, 1928.
- RUTTER, M.: «Clasificación», en RUTHER, M. y HERSEV (eds.): *Child Psychiatry*. Londres, Blackwell Scientific Publications, 1978.
- SÁNCHEZ MANZANO, E.: «La educación familiar y los hijos problemáticos», en V. GARCÍA HOZ (Dir.): *La educación personalizada en la familia*. (Vol. 7). Madrid, Rialp, 1990.
- *Principios de educación especial*. Madrid, CCS, 2001.
- SMALL, J. et al.: «Clinical EEG studies of short and long term stimulant drug of Kyperkinetic children», en *American Journal of Psychiatry*, vol. 130, 7 (1978), pp. 786-798.
- SPITZ, R. A.: «Anaclitic depression», en *Psychoanalytic Study of the Child*, 2 (1946), pp. 313-342.
- *El primer año de vida del niño*. Madrid, Aguilar, 1979.
- TAZDIN, A. E.: *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México, El Manual Moderno, 1987.
- VALDÉS, K. A. et al.: *The national longitudinal transition study of special education study*, Vol. 3. SRI International. Palo Alto, CA, 1990.
- VALETT, R. E.: *Niños hiperactivos. Guía para la familia y la escuela*. Madrid, Cincel, 1987.
- WEISSMAN, M. M.: «The psychological treatment of depression», en *Arch. Gen Psychiatry*, 36 (1979), pp. 1261-1269.
- WOLPE, J.: *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press, 1958.
- YATES, A. J.: *Terapia del comportamiento*. México, Trillas, 1983.