

OS TRASTORNOS DE PERSONALIDADE DESDE A PERSPECTIVA DA EDUCACIÓN ESPECIAL

*Esteban Sánchez Manzano**
Universidade Complutense
de Madrid

Os trastornos de personalidade fan referencia a un conxunto de perturbacións ou anormalidades que se dan nas dimensións emocionais, afectivas, motivacionais e de relación social. A diferenza da dimensión cognitiva (percepcións, memoria, atención, intelixencia, creatividade, linguaxe), ó falar de personalidade dáselles preferencia ós procesos emotivos e tendenciais do individuo, aínda que os diferentes factores exercen unha influencia directa entre si. Para poñer un exemplo, un neno cunha capacidade intelectual alta pode padecer un estado depresivo (problema emocional e afectivo) que inflúe negativamente nos seus resultados académicos; aínda posuíndo potenciais óptimos para aprender, o estado de ansiedade con depresión impide a aprendizaxe; é máis, unha porcentaxe elevada de alumnos que sofren fracaso escolar é debido, non a unha intelixencia baixa, senón a algún problema de personalidade.

O emprego do termo “personalidade”, ó se tratar de nenos moi

pequenos, non se pode tomar no mesmo sentido que se usa cando se fala de mozos ou adultos, pois os nenos non teñen unha organización estable da súa persoa, que está en proceso de desenvolvemento e formación. A pesar de todo, se se usa o termo personalidade é porque abrangue non só a conducta manifesta, senón, tamén, os procesos que están tras esta conducta: emocións, afectos, motivacións, etc.

Por personalidade enténdese o propio que un individuo ten e aquilo que o distingue doutro. Poderíase definir, de acordo coa proposta 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).

Personalidade garda unha estreita relación con persoa, que ten connotacións filosóficas. Etimoloxicamente persoa é un termo derivado de *prósopo*

* Profesor Titular de Educación Especial.

en grego ‘máscara teatral’, segundo algúns; outros fan deriva-la palabra de *persum* en etrusco ‘cabeza ou cara’; e, por fin, hai quen pensa que vén de *per se unam*, en latín ‘unidade substancial’.

Na historia da Psicoloxía varios investigadores e especialistas describiéron a evolución da personalidade desde a infancia; entre os máis representativos pódese sinalar a Freud, Piaget, Gesell, Erikson e Wallon. Todos eles están de acordo en que existen estadios ou etapas no desenvolvemento e a configuración da personalidade, que manteñen certa estabilidade no tipo de comportamento, sucesión, xerarquización e períodos críticos. Pero estas etapas non están estritamente marcadas e, aínda que polo xeral existe unha sucesión que garda relación coa idade, non tódolos individuos conseguen supera-las etapas ó mesmo tempo e da mesma forma.

En definitiva, cada personalidade individual hai que considerala como o resultado final dunha interacción entre factores biolóxicos e ambientais. Iso fai que os desaxustes ou trastornos da personalidade sexan o produto de diferentes causas biolóxicas ou medioambientais e, aínda que teñamos que facer clasificacións segundo certas categorías comunmente aceptadas, cada neno que padece algún dos trastornos da personalidade debe ser diagnosticado e tratado individualmente. Hai que ter presente que a mesma causa pode ter síndromes diferentes e unha determinada síndrome pode se-la

manifestación de causas diversas, condicionadas pola constitución biolóxica e o medio familiar, escolar e social no que o neno se atopa. Os obstáculos que impiden que unha personalidade se desenvolva eficazmente coñécense co nome de “frustración”, e esta corresponde ás circunstancias que determinan que unha necesidade ou motivo fracasen en ser satisfeitos. O estado emocional que acompaña a este feito denomínase “presión psicolóxica”, “tensión” ou “ansiedade”.

Os trastornos de personalidade hai que limitalos, polo tanto, a problemas emocionais, afectivos e sociais. Estes últimos só cando haxa evidencias de que foron causados por perturbacións emocionais ou afectivas subxacentes, e non cando son producidos por situacións ambientais propiamente, aínda que sexa moi difícil separar en ocasións a orixe e as consecuencias destes trastornos, que son, máis ben, unha rede complexa na que é difícil determina-las causas e os efectos. Heward (1997) explica que os termos máis empregados polos especialistas, ó falar deste tipo de trastornos, son os seguintes: “niños con perturbacións emocionais, inadaptacións sociais, trastornos psicolóxicos, discapacidade emocional, e, incluso, psicóticos, cando su conducta es extremadamente anormal o extraña”. O mesmo autor fala de “trastornos emocionais y de conducta” para referirse ó tema que estamos tratando. A maioría dos alumnos que sofren trastornos emocionais son fisicamente sans e a súa conducta

introvertida, agresiva ou doutra índole é un grave obstáculo para a súa integración escolar. Moitos dos alumnos con problemas emocionais teñen gran dificultade para establecer relacións sociais (Cartledge e Milburn, 1995). Así mesmo, aproximadamente as dúas terceiras partes dos nenos que teñen problemas emocionais teñen tamén conductas antisociais. Nas clases exhiben comportamentos tales como: non estar na súa mesa de traballo, correr pola aula, molestar continuamente os compañeiros, pegarlles ou rifar con eles, non face-los deberes (Valdés e outros, 1990). 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 si mismos y para los demás”. Isto débenos facer reflexionar sobre a importancia que debe ter nos centros educativos un plan de identificación dos nenos con problemas de personalidade e que sexan convenientemente tratados a fin de previr conductas desastrosas para eles mesmos e para a sociedade.

A emoción foi definida, segundo indica Pinillos (1975), como “una agitación del ánimo acompañada de fuerte conmoción somática”; pois, en efecto, toda emoción leva a manifestacións externas de cambios no estado fisiolóxico da persoa: no ritmo cardíaco, na respiración, na circulación sanguínea, etc. O mesmo investigador dá outra definición máis explícita cando di que a

emoción é “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”. Os trastornos emocionais levan a estados de ansiedade ou a un estado patolóxico de anticipación de perigo ou dor, como xa dixeira Freud en *Máis alá do principio do pracer*.

Aínda que non tódolos trastornos de personalidade levan a conductas de inadaptación social, segundo o anteriormente sinalado, hai unha frecuencia de que as perturbacións emocionais dan como consecuencia un desaxuste social.

A inadaptación social, aplicada aquí tan só como aquela que está causada por un trastorno emocional, pode 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). Poderíase dicir que o neno cun problema emocional adopta unha actitude defensiva ante o mundo que o rodea, ata o punto de retraerse nas súas actividades académicas de forma significativa. Moitos problemas académicos son o produto de perturbacións de personalidade subxacentes ó propio neno; para solucionar-lo problema escolar non abonda coa

aplicación de técnicas pedagógicas, senón que se necesitan métodos propiamente psicolóxicos que eliminen o estado defensivo no que o neno se atopa.

O Departamento de Educación dos EEUU, ó falar de trastornos emocionais ou de personalidade con incidencia no currículo, deu a seguinte definición:

I. El término se refiere a un desorden que muestra una o más de las siguientes características durante un período extenso de tiempo en un grado elevado y que afecta negativamente al rendimiento escolar:

(a) Una incapacidad para aprender que no puede explicarse por causas intelectuales, sensoriales o sanitarias;

(b) una incapacidad para entablar y mantener relaciones interpersonales satisfactorias con los compañeros y profesores;

(c) unos tipos de conducta y sentimientos inapropiados en circunstancias normales;

(d) un sentimiento general de infelicidad y de presión;

(e) una tendencia a desarrollar síntomas o temores respecto a los problemas personales o escolares.

II. 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 se pode observar, esta definición inclúe un conxunto amplo de síndromes que proceden de problemas emocionais, afectivos e, de forma máis extensiva, de personalidade.

A clasificación dos trastornos de personalidade é ás veces ambigua e resulta escura para os educadores, pois como advertiron Rutter (1978), Spitzer e Cantwell (1980) non existe un sistema claro de clasificación dos trastornos psiquiátricos na infancia que sexa natural e correcto, pois é difícil que se basee en feitos e non en conceptos teóricos. Tampouco as diferentes clasificacións teñen índices de fiabilidade e validez adecuadas, pois os profesionais non se poñen de acordo e as predicións non son boas. Importa moito ter en conta que os trastornos psicolóxicos infantís non son entidades discretas, senón que, pola contra, forman parte dun contínuum que entre unha e outra entidade clasificatoria non ten perfís claros, polo que se debe atender máis ó desenvolvemento do trastorno ca á clasificación. Neste sentido Heward (1997) sinalou que a catalogación feita en DSM-IV (1995) en 230 categorías diferentes de diagnóstico ou etiquetas que identifican distintos tipos de trastornos de conducta nos nenos son pouco útiles para a educación e o tratamento máis adecuados destes nenos.

Quay e outros (1986), despois de analizar un amplo conxunto de clasificacións, dividiu os trastornos de personalidade infantil en catro grupos:

—Perturbacións da conducta nas que se inclúen nenos desobedientes, rebeldes, agresivos, autoritarios e caprichosos.

—Ansiedade-introversión, aplicable a nenos tímidos, con sentimentos de

inferioridade, culpabilidade, infelices.

- Inmadurez ou nenos con torpeza, pouca atención, pasividade, fantasías, preferencia de xogos con nenos máis pequenos.
- Agresión socializada que se manifesta en absentismo escolar, pertenza a grupos, delincuencia.

Aínda que a clasificación dos trastornos de personalidade na infancia teña as dificultades que se apuntaron, sen embargo, temos que partir dalgún sistema clasificatorio na escola pois non tódalas síndromes teñen as mesmas repercusións curriculares e debemos ter claro a qué nos referimos cando se fala de determinado tipo de conducta perturbada. Dividirémo-los trastornos de personalidade en tres grandes apartados, segundo se fixo no libro de *Principios de educación especial* (Sánchez Manzano, 2001):

a) Problemas específicos do comportamento

Neste apartado clasifícanse conductas psicopatolóxicas concretas tendo en conta as causas ou os seus efectos, así como que non teñen unha repercusión na personalidade global como tal. Estarían catalogadas no grao menor de perturbación e trátase da hiperactividade, a agresividade, os trastornos do sono, enurese, encoprese, anorexia, tics, onicofaxia, etc. Neste artigo falarase da hiperactividade e da agresividade, ós se-los problemas que

teñen unha maior incidencia no ámbito escolar.

b) Reaccións neuróticas

Xa se sinalou que a personalidade dos nenos está en vías de desenvolvemento, polo tanto non existe unha síndrome neurótica como tal da que se poida falar semellante á dos adultos. Son reaccións de ansiedade xeneralizada que se translocen en diferentes síndromes: depresión, fobia, obsesión (que exporemos neste traballo), e algunhas outras.

c) Autismo e psicose infantil

A psicose infantil ou o autismo son síndromes graves da personalidade en xeral. Hai unha desorganización da conducta e da relación do neno coas demais persoas e co ambiente. A psicose infantil ou o autismo non será tratado neste artigo ó considerar que é unha síndrome con características propias que pola súa gravidade excede os límites dos problemas menores.

Esta clasificación, cun obxectivo primordialmente pedagóxico, responde ó que cremos que é adecuado para a Educación Especial, que debe te-las seguintes características: a simplicidade, a fin de ser facilmente identificado un alumno no contexto escolar e o proceso entendido como un contínuum que vai desde problemas relativamente simples ata problemas máis complexos de ansiedade e problemas moi graves ou psicóticos. Todo isto enténdese como unha rede que se conecta coas profundidades

psicológicas do neno, máis que cun feixe discreto de conductas.

1. A HIPERACTIVIDADE

A hipercinesia ou hiperactividade foi definida pola OMS (1994) 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 son malas y perturbadas”.

No DSM-IV (1995) denomínase a esta síndrome como “trastorno por déficit de atención” ó estar nel sempre presentes as dificultades de atención.

Ajuriaguerra e Marcelli (1987) distinguen a inestabilidade motriz con continuo movemento e a desatención, propiamente dita, ou inestabilidade psíquica; ambas formas van asociadas pero, ás veces, unha prevalece sobre a outra. Por outra parte a OMS na *CIE-10* (1994) di que “muchos expertos reconocen también la existencia de entidades sindrómicas del trastorno hiperactivo. De los niños que cumplen criterios varios, pero que no muestran anomalías 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”.

Ata os catro anos certa hiperactividade é normal nos nenos; a excesiva actividade na infancia temperá é unha consecuencia do desenvolvemento que se produce. A partir desta idade o neno deberá ir controlando os seus propios impulsos e deberá seleccionar os estímulos ós que en cada momento ha de atender, de xeito que, na etapa de Educación Primaria, non persistan estes síntomas.

Sinaláronse diferentes causas de hiperactividade:

- Neurolóxicas ou unha disfunción cerebral mínima, posto que se atoparon anomalías no trazado do EEG no 50% dos nenos hiperactivos. Nos nenos maiores a síndrome asociase a unha falta de madurez da codia, que se caracteriza porque os ritmos rápidos das rexións anteriores non chegan a desprazala actividade theta (Small e outros, 1978).
- Suxeriuse a teoría dunha deficiencia en proteínas ou carencias nutricionais crónicas de vitaminas e minerais (niacina, a B3, a B6 e a C). As alerxias poden producir, tamén, irritabilidade e desatención.
- Ambientais, xa sexan familiares, pois unha familia con tensións e



A hiperactividade é un trastorno que ten como características esenciais a incapacidade para mante-la atención e a tendencia a distraerse.

conflictos pode altera-la estabilidade emocional do neno, ou psicopedagógicas.

A avaliación da hiperactividade hai que facela, especialmente, mediante unha observación sistemática do neno. A identificación por métodos de

observación por parte dos pais e dos mestres é fundamental.

Para establecer un diagnóstico de hiperactividade a OMS (CIE-10, 1994) recomenda que se teña en conta a presenza clara de niveis anómalos do déficit de atención, hiperactividade e

inquiétude a través do tempo e en situacións diferentes, e que estes non eran causados por outros trastornos coma o autismo ou problemas efectivos. Establece, de igual xeito, os criterios para facer un diagnóstico diferencial, seguindo os parámetros que se enumeran:

- Unha falta de atención (a miúdo non acaba as cousas que empeza, con frecuencia parece non escoitar, distráese con facilidade, cústalle concentrarse no traballo escolar, etc.)
- Hiperactividade (inquiétude con movementos de mans ou pés, abandono do asento na clase, patrón excesivo de actividade motora, etc.)
- Impulsividade (actúa antes de pensar, cambia con excesiva frecuencia dunha actividade a outra, cústalle garda-la vez nos xogos ou nas colas, etc.)

A intervención ha de ser médico-psicopedagóxica, pois a eficacia no tratamento segundo a experiencia dos expertos está na combinación de varios métodos.

A destroanfetamina (sulfato de dexedrina) e o metilfenadiato (ritelín) son medicamentos útiles na síndrome da hiperactividade.

Unha terapia encamiñada ó remedio de carencias nutricionais crónicas de vitaminas, como a niacina, a B3, a B6 e a C, pode dar bos resultados. Presentáronse terapias dietéticas varias; ó igual cá terapia megavitamínica a base de niacina ou piacina, 1 ou 2 g

diariamente, en función do peso corporal; ácido ascórbico, 1 ou 2 g diariamente; pantotenato cálcico 400 a 600 g diarios é efectiva, segundo suxire Valett (1987).

Desde o punto de vista psicoterapéutico sinaláronse tratamentos diferentes:

- A autosuxestión ou a hipnose.
- A modificación de conducta: condicionamento positivo, negativo, castigo, tempo fóra, etc.
- O *biofeedback* ou técnica de autocontrol e autocorrección.
- A psicoterapia encamiñada especialmente a eliminar sentimentos negativos e destructivos de si mesmo e dos demais.
- A terapia cognitiva mediante adestramento en exercicios para aprender a estruturar tarefas e aplicación de estratexias destinadas á busca impronta de hipóteses.

2. REACCIÓNS AGRESIVAS

Certo grao de agresividade é natural nos seres humanos e non se debe considerar patolóxico, só se considerará un trastorno cando hai un alto grao de agresividade e unha conducta destructiva. Por iso, distinguiuse entre a agresividade como concorrencia ou superación, e a agresión que implica unha necesidade de actuar destructivamente. A agresión pode aparecer nos nenos de moi diversas formas, desde as

máis ás menos primitivas: morder, golpear, tirar obxectos, queimar, falar mal, desacreditar, etc. ¿É a agresión unha reacción á frustración, entendida esta como unha vivencia de fracaso, de prexuízo, de inxustiza (reais ou imaxinados)? Así parece que o entenderon algúns autores.

Ajuriaguerra e Marcelli (1987) describiron o desenvolvemento das conductas heteroagresivas dicindo que as primeiras conductas manifestamente agresivas aparecen ó final do segundo ano e durante o terceiro. Entre os dous e tres anos, o neno adopta un comportamento negativista. Ós catro expresa verbalmente a súa agresividade. Na maioría dos casos estas conductas desaparecen, pero algúns nenos seguen manténdose violentos; cando o neno persiste nestas conductas negativistas e agresivas denomínase “verdugo familiar violento”, pois, nestes casos, é un continuo problema familiar. Algúns alumnos son especialmente agresivos nos centros escolares: berran, pegan, intimidan os seus compañeiros máis alá do que se puidese considerar normal; incluso non é infrecuente o ataque ós profesores por parte dalgúns rapaces violentos. Todo isto débenos facer reflexionar para busca-las verdadeiras causas deste tipo de comportamentos e poñer-las remedios necesarios.

Existen excepcionais casos de nenos parricidas. A impulsividade, a inmadurez afectiva e a carencia dunha estrutura familiar estable están presentes nestes casos.

Hai quen distingue entre heteroagresividade e autoagresividade:

- A heteroagresividade consiste na necesidade de actuar coercitivamente sobre os demais. Aparece como reacción a unha ameaza —ou que o suxeito interpreta como ameaza— e contra o propio poder.
- A autoagresividade dáse se a agresividade se dirixe contra un mesmo, cando esta é inhibida e reprimida por normas sociais con resultado de odio cara á propia persoa. Nenos con manifesta inhibición, introversión ou culpabilidade poden impulsar a agresividade contra eles mesmos; en ocasións, a autoagresividade pode levar á automutilación e ó suicidio. Un 10% de tentativas de suicidio de nenos e adolescentes corresponde a nenos menores de 12 anos e existe unha maior incidencia en nenos ca en nenas.

Entre as causas que están na base das conductas agresivas describíronse causas cerebrais e ambientais. Entre as primeiras fálase de que determinados centros cerebrais favorecen conductas agresivas e outros as inhiben. Estes centros sitúanse en rexións do tálamo e do hipotálamo. Tamén se pensa que a testosterona inflúe na agresividade.

Polo que se refire ás causas ambientais, sostívose que un medio psicossocial inadecuado fai que a agresividade se converta en destructiva. Duché (1964) sinalaba que os



A agresividade infantil pódese manifestar como violencia sádica con enfrontamento e agresión ás vítimas.

elementos psicolóxicos máis importantes que favorecen a agresividade son os seguintes: impulsividade, hiperemotividade ansiosa, atraso afectivo, depresión como reacción a unha desgracia física ou a un conflito escolar ou familiar.

Podemos dicir que a falta de afecto familiar está na base da agresividade patolóxica nunha alta proporción de casos.

Para a avaliación é de suma importancia a información recollida da familia e dos profesores. Os test de

personalidade proporcionaránno-lo grao de agresividade para poder avaliala conducta de forma cuantitativa.

Para cualificar unha conducta de agresividade débese ter en conta un patrón repetitivo e persistente de conducta agresiva que viola os dereitos elementais dos demais e se manifesta por algunha das seguintes características: violencia sádica contra persoas ou bens e roubos, fóra da casa, con enfrontamento e agresión ás vítimas.

A intervención psicopedagóxica deberá dirixirse cara ás causas que xeran as ditas conductas; e no caso de que o medio familiar ou social do neno reforce estes comportamentos agresivos, o tratamento irá dirixido ó medio para que non provoque esas conductas.

A terapia de conducta e a psicoterapia individual e de grupo son técnicas eficaces e necesarias para a solución destes problemas.

3. REACCIÓNS NEURÓTICAS INFANTÍS

As reaccións neuróticas infantís ou reaccións de ansiedade infantil teñen límites vagos e non se entenden se non é na dinámica evolutiva do neno.

Eysenck (1962) pensaba que “os síntomas neuróticos son modelos aprendidos de conducta que, por unha ou outra razón, resultan inadaptados”. Este mesmo autor di que o suxeito herda á vez unha predisposición á neurose (neuroticismo) e unha dimensión

da súa personalidade (introversión ou extraversión) que orienta as manifestacións neuróticas eventuais, xa sexa cara a unha neurose obsesiva (polo introvertido), xa sexa cara a unha neurose histérica (polo extravertido). Para Wolpe (1958) a conducta neurótica é “un hábito persistente dunha conducta inadaptada, adquirida por aprendizaxe nun organismo fisioloxicamente san”; a ansiedade “é, xeralmente, o constitutivo central desta conducta e está, invariablemente, presente nas situacións causais”.

Para a OMS (1994) os trastornos de ansiedade nos nenos e nos adultos “se presentan de modo diferente [...] por tanto es necesario desarrollar categorías adicionales” para os nenos.

Os autores Lebovici e Brausweig (1967) indicaron que a fórmula neurótica infantil é máis inhibida e máis completa cá do adulto e que a existencia ou agrupacións de síntomas neuróticos no neno non conduce ó diagnóstico dunha organización neurótica específica. No neno a fórmula neurótica ten un carácter extensivo, e pode pasar dunha forma fóbica a unha obsesiva. Ademais, as características neuróticas poden evolucionar no curso do desenvolvemento da personalidade; por isto, non se pode predici-la forma que tomará a patoloxía na idade adulta, nin tan sequera se se manifestará.

Para Ajuriaguerra (1975) a ansiedade caracterízase por un sentimento de perigo inminente con actitude de

espera, que provoca unha alteración máis ou menos profunda.

Rank (1928) dicía que o primeiro trauma é o nacemento; deste xeito escribía: “Creo que o nacemento é a primeira situación perigosa experimentada, que é un profundo choque, tanto a nivel psicolóxico como fisiolóxico. Este choque crearía unha reserva de angustia e toda angustia posterior tería como fonte a do nacemento”.

Para Spitz (1979) existen tres estadios no desenvolvemento da angustia:

- No primeiro trimestre non se pode falar de angustia senón de estado de tensión fisiolóxica.
- No segundo trimestre da vida existe a reacción ó medo, esta reacción é sempre ante un obxecto presente no contorno.
- Entre os 6 e 8 meses aparecen manifestacións que se poden chamar de angustia.

Distinguiuse entre reaccións de angustia episódica e reaccións de angustia aguda ou crónica. As primeiras teñen unha duración variable. A persistencia depende en gran medida do ambiente. Nas segundas, manifestadas mediante crises que aparecen varias veces ó día, o neno manifesta pánico, cos ollos desencaixados, tremante, suor, trastornos respiratorios, cardíacos e abdominais. O comezo é brusco e pode durar entre varios minutos e media hora.

No *CIE-10* (1994) fálase dunha “ansiedade por separación” con temor a que as persoas próximas o abandonen ou desaparezan e con temor inxustificadamente a quedar só; unha “ansiedade social” ou trastornos ó ser exposto á presenza de xente non familiar con evitación social; “ansiedade por rivalidade entre irmáns” ou sentimentos negativos moi intensos cara a un irmán menor; “ansiedade fóbica” ou medo moi intenso que vén acompañado por unha incapacidade social importante.

3.1. AS FOBIAS

As fobias nos nenos son temores inxustificados e non razoables ante obxectos, seres ou situacións.

Débase diferenciar entre angustia difusa, medo e fobia:

- A angustia difusa non se refire a ningún obxecto nin situación particular.
- O medo responde á percepción dun perigo real.
- A fobia será diferente, segundo se considere como unha reacción de medo condicionada, ou como o desprazamento do medo a un obxecto ou a unha situación específica, ou cara a outra situación máis inofensiva.

Para Ajuriaguerra (1975) as manifestacións fóbicas pódense multiplicar infinitamente. Pódese tratar de medos a unha acción exterior por elementos insólitos, medo a personaxes irreais (fantasmas, bruxas...), temor a un ataque corporal, temor á sucidade,

enfermidade ou contaxio, temor á escuridade, etc.

Descríbíronse tres categorías de circunstancias asociadas coa fobia: as fobias de obxectos e animais polas que o temor se fixa nun obxecto concreto ou nalgún animal; as fobias impulsivas, temor a producir dano a alguén; as fobias de situación en circunstancias determinadas, como espazos abertos ou pechados, na escola...

Un gran número de fobias remiten de forma espontánea, se se sabe conduci-lo neno con axuda dándolle a seguridade necesaria para que supere o medo; sen embargo, nalgunhas ocasións, as fobias poden constituí-la base dunha neurose obsesiva máis estruturada ou, ás veces, poden se-los primeiros síntomas dunha psicose infantil; por todo isto é preciso estar moi atentos á duración da fobia (grao de cronicidade) e á súa forza (grao de intensidade).

A fobia escolar é unha situación fóbica polo feito de asistir á escola ou a ansiedade que lle produce ó neno o propio mestre ou os compañeiros.

A fobia escolar é máis frecuente no fillo único e máis na nena ca no neno. A idade de aparición é entre os 5 e os 13 anos. Os síntomas son: ansiedade aguda con rabia, cólera e oposición violenta antes de ir á escola. Nalgunhas ocasións a ansiedade somatízase por medio de vómitos, dores abdominais, cefaleas, etc.

Johnson (1941) distinguiu entre os nenos que se negan a ir á escola e presentan, ademais, alteracións de conducta e, ás veces, conductas delictuosas (nenos que latan ás clases), daqueles outros nenos que, por motivos irracionais, se negan a ir á escola e que teñen reaccións de ansiedade ou de pánico cando se lles obriga a ir (fobia escolar).

As fobias escolares poden ser agudas e crónicas, se se ten en conta o tempo e, se se atende á forma, inducidas e comúns. A forma inducida é traumática e ten como raíz unha relación patolóxica pais-fillos.

Neste tipo de fobias apuntouse o factor psicolóxico dunha dependencia mal resolta entre o fillo e a nai; as nais destes nenos son ansiosas, ambivalentes, teñen unha hipersolicitude aprensiva cara ó seu fillo. Tamén, outros factores socioambientais poden ser causas de ansiedade, tales como os cambios de escola, cambios de país, enfermidade dos pais, enfermidade do neno...

Na avaliación debemos advertir se o rexeitamento da escola se debe a unha fobia ou a outro motivo. E, ademais, se a fobia á escola está causada pola separación da nai, polo mestre, os compañeiros, un temor á escola como tal ou á didáctica empregada, etc. A elección do tratamento dependerá da idade do neno e do diagnóstico, xa se trate de que a fobia escolar se xerase na relación nai-fillo, neste caso deberase tratar esta relación, ou, pola contra, que a fobia sexa propiamente escolar,

neste caso o titor e os profesores deberán poñer-las medios para a solución. Ás veces, o neno poderá necesitar algún tratamento psicolóxico, como unha terapia de apoio, se a fobia se fai crónica.

3.2. AS OBSESIÓNS

As obsesións son ideas, pensamentos, imaxes ou impulsos persistentes non producidos voluntariamente, senón que lle son impostos á propia conciencia, aínda facendo intentos de ignoralos ou suprimilos. As compulsións son conductas repetitivas que se efectúan segundo determinadas regras dunha forma estereotipada. A esa calidade intrusa das obsesións chámasele “egodistonía”, pois o contido da obsesión é alleo e queda fóra do seu control, recoñece que son o produto da súa mente e non son impostas desde fóra (DSM-IV, 1995). No neno non se pode desligalo do contexto nin o momento evolutivo.

Algúns dos síntomas obsesivos son:

- Un pensamento intruso: temores, dúbidas, escrúpulos, perfeccionismo, etc.
- Impulsos obsesivos ou accións contidas, polas que o propio suxeito sente unha atracción irresistible.
- Actos obsesivos ou “ritos” e “cerimonias” que son comportamentos máxicos.

Asociouse a obsesión a unha nai ansiosa e perfeccionista. Os ritos do

adormecemento son manifestacións obsesivas menores que desaparecen cando os pais tranquilizan os seus fillos, pero poden evolucionar cara a unha maior gravidade cando os pais son perfeccionistas.

Para a avaliación do grao de obsesión os mellores instrumentos son unha observación sistemática e os test de personalidade interpretados por un experto.

As ideas e pensamentos persistentes, que o suxeito trata de evitar e a pesar de todo se impoñen, formalizan un diagnóstico de obsesión; do mesmo xeito, as conductas repetitivas e estereotipadas sen finalidade ningunha e con falta de sentido corresponden a unha compulsión.

Para o tratamento das obsesións utilízase terapia farmacolóxica a base de tranquilizantes e antidepressivos (propreritiazina).

As técnicas psicoterapéuticas, especialmente as conductistas, aplícanse con eficacia. Os métodos de relaxación son apropiados para o comezo do tratamento co fin de que o suxeito poida autocorraxi-la súa conducta obsesivo-compulsiva.

3.3. A DEPRESIÓN

Os síntomas depresivos no neno deben ser considerados de xeito diferente dos síntomas da depresión no adulto, de aquí que a mesma noción de depresión deba ser diferente.

Spitz (1946) describiu a angustia no sexto mes no neno normal e advirte que os rapaces que sofren unha carencia emocional poden presentar unha "depresión anaclítica", que se caracteriza por un desinterese progresivo polo ambiente, perda do apetito e un trastorno de desenvolvemento no peso xeral. Despois dos tres meses observouse unha diminución da motricidade e comezan trastornos no sono.

Lowe e Cohen (1987) definiron a depresión como "un patrón de resposta 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 sinala Cantwell (1987), a literatura médica a penas tivo en conta a enfermidade afectiva da infancia como causa de déficits sociais, físicos ou académicos.

Púxose de manifesto que a depresión infantil, independente das dificultades de aprendizaxe, podería ser un estado frecuente en nenos cun baixo rendemento escolar. A depresión non é rara no neno. Describíronse algúns síntomas asociados á depresión: trastornos dixestivos, trastornos do sono, cefaleas, atraso motor, etc. O suicidio pode se-lo último estadio dunha depresión grave.

Neste artigo expónse a depresión por ansiedade, excluindo outro tipo de

depresións que se dan máis nos adultos ca nos nenos e adolescentes. Na *CIE-10* (1994) distínguese unha depresión leve de ansiedade, da que non se especifican criterios para o diagnóstico ó haber gran número de combinacións, e unha depresión persistente (neurótica) denominada tamén distimia. Na distimia a tristeza está presente a maior parte do día. O estado de ánimo nos nenos pode ser irritable; tamén hai perda ou aumento de apetito, insomnio ou hipersomnia, fatiga, baixa autoestima, dificultades de concentración, sentimentos de desesperanza. Nos nenos e adolescentes este trastorno fai que diminúa o rendemento escolar e a interacción social; estes nenos están irritables e son moi inestables; teñen escasas habilidades sociais. A distimia ten con frecuencia un inicio temperán (DSM-IV, 1995).

Apuntáronse como causas da depresión nos nenos un compoñente



Na depresión persistente a tristeza maniféstase durante a maior parte do día.

herdado e unha base endóxena na depresión. Admítase que o denominador común das reaccións depresivas é a perda do obxecto de amor desexado, xa sexa real ou imaxinado polo neno. A psicoloxía evolutiva puxo de relevo como os nenos desenvolven vínculos específicos e duradeiros cara ós seus cuidadores que lles proporcionan benestar, comodidade e seguridade. Buscan a proximidade cos pais, cando se senten ameazados ou en situacións novas, e empregan representacións internas dos pais para se enfrontaren á ansiedade. Cando se produce unha interrupción da relación do neno cos pais prodúcese malestar e rabia, que, despois, poden ir seguidos de apatía (Bowlby, 1980).

Os test de personalidade e os informes dos familiares son os mellores instrumentos para o diagnóstico.

Os criterios máis importantes de diagnóstico que se recollen no DSM-IV (1995) son:

- Estado de ánimo depresivo crónico, observado polo individuo e os demais polo menos durante un ano nos nenos e adolescentes, no que o estado de ánimo pode ser irritable.
- Perda ou aumento significativo de apetito.
- Insomnio ou hipersomnia.
- Fatiga.
- Autoestima moi pobre.
- Dificultades de concentración.
- Desesperanza.

Observouse que a relación pais-fillo e as relacións cos compañeiros están moi alteradas nos nenos deprimidos durante a fase aguda da enfermidade. A intervención tendente á mellora das relacións entre o neno e os seus pais e á mellora nas actitudes sociais é básica para o cativo deprimido.

No tratamento aplícanse técnicas psicoterapéuticas e terapias conductistas. A terapia cognitiva está dirixida a modifica-los pensamentos e actitudes negativos e as formas desadaptativas do paciente deprimido.

A terapia de autocontrol é outra das técnicas que se empregan. Nun estudio comparativo das técnicas aplicadas Weissman (1979) sinalou a existencia de seis estudos controlados de terapia cognitiva, oito de terapia conductista, tres de psicoterapia interpersoal e dous de terapia de grupo e terapia de parella.

Tamén se describiu un programa terapéutico multimodal individual para cada neno con depresión, e que, dependendo dos resultados do diagnóstico, o programa inclúe: terapia biolóxica (fármacos antidepressivos), psicoterapia (individual, familiar e de grupo), modificación de conducta.

En casos agudos aplícanse fármacos antidepressivos, tales como: imipramina durante cinco semanas para o trastorno maior; amitriptilina en sete meses en trastornos graves ou en tres meses en depresión secundaria; fenobarbital en dúas semanas para o grupo fóbico, etc.

CONCLUSIÓN

Os trastornos de personalidade nos nenos e adolescentes son entidades complexas, por isto a clasificación destes trastornos é ambigua e os límites dunha e outra síndrome non son precisos nin discretos, senón pola contra, todas estas síndromes forman parte dun contínuum extenso e dificilmente clasificable. A pesar de todo, a Educación Especial necesita algunha clasificación co fin de avaliar, educar e tratar máis eficazmente a este tipo de nenos, sabendo que non existen problemas de personalidade senón persoas que teñen determinados problemas. A escola é unha parte importante para a atención e axuda destes nenos e mozos.

De maneira xeral, en tódolos trastornos de personalidade, orixinados por ansiedade, é recomendable que se faga unha intervención escolar para que o alumno restableza a relación cos compañeiros. Deste xeito, o adestramento en habilidades sociais é fundamental, pois estes alumnos mostran grandes deficiencias sociais e participan en continuas pelexas. Ensinarlle ó neno afectado o control dos seus impulsos e a relacionarse cos demais é a primeira intervención que a escola debe facer. O autocontrol é unha boa medida. Débese ensinalo alumno a corrixila súa propia conducta antisocial: seleccionando o obxectivo de mellorar, rexistrando a conducta, especificando os procedementos para melloralo a conducta, implantando eses procedementos e avaliando o autocontrol. Todo

iso, asistido polo coñecemento que deben te-los profesores para aplicar diferentes técnicas de reforzo: modelado, retirada de continxencias, extinción de conductas, conductas alternativas, economía de fichas, etc. Débese ter en conta tamén que estes alumnos teñen un baixo rendemento escolar e, polo tanto, haberá que lles dar clases de apoio para que non sexan fracasados escolares. A pericia, aceptación e empatía do profesor son de suma importancia na educación dos nenos e mozos con problemas de personalidade.

BIBLIOGRAFÍA

- Ajuriaguerra, J. (1975): *Manual de psiquiatría infantil*, Barcelona, Toray-Masson.
- Ajuriaguerra, J., e D. Marcelli (1987): *Manual de psicopatología del niño*, Barcelona, Masson.
- Asociación de Neuropsiquiatría Infanto-Juvenil (1987): *Terapias conductuales y cognitivas en psicopatología infanto-juvenil*, Madrid, Alhambra.
- Bowlby, J. (1980): *Attachment and loss*, Nova York, Basic Books.
- Cantwell, D. P. (1987): "Formas de intervención en la depresión infantil", en D. P. Cantwell e G. A. Carlson (eds.), *Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia*, Barcelona, Martínez Roca.
- Cartledge, G., e J. F. Milburn (1995): *Teaching social skills to children*

- and youth: innovative approaches, Needham Heights, MA, Allyn & Bacon.
- Cattell, R. B. (1972): *El análisis científico de la personalidad*, Madrid, Fontanella.
- DSM-IV (1995): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Barcelona, Masson.
- Dorsch, F. (1976): *Diccionario de Psicología*, Barcelona, Herder.
- Duché, D. J. (1964): "Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescence", *Psychiatrie Infant*, 7, 1-114.
- Eysenck, H. J. (1962): *Conditionnements et néuroses*, París, Gauthier-Villars.
- Galindo, E., et al. (1986): *Modificación de conducta en la educación especial*, México, Trillas.
- Herward, W. L. (1997): *Niños excepcionales. Una introducción a la educación especial*, Madrid, Prentice Hall.
- Jacobson, E. (1938): *Progresive relaxation*, Chicago, University of Chicago Press.
- Johnson, A. M. (1941): "School phobia American", *Journal Orthopsychiatry*, 11, 702-711.
- Kripper, S. (1970): "The use of hiponosis and the improvement of academic achievement", *The Journal of Special Education*, vol. 4, núm. 4, 451-460.
- Labouceur, R., et al. (1981): *Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*, Madrid, Debate.
- Lebovici, S., e D. Brausweig (1967): "A propos de la néurose infantile", *Psychiatrie Infant*, 10/1, 41-123.
- Lowe, T. L., e D. J. Cohen (1987): "Investigación biológica sobre la depresión infantil", en D. P. Cantwell e G. A. Carlson (eds.), *Trastornos afectivos en la infancia y adolescencia*, Barcelona, Martínez Roca.
- Maciá Anton, D., e F. X. Méndez Carrillo (1988): *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*, Madrid, Pirámide.
- OMS (1994): *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*, Madrid, Meditor.
- Pinillos Díaz, J. L. (1975): *Principios de Psicología*, Madrid, Alianza Editorial.
- Quay, H. C., et al. (1986): "Classification", en H. C. Quay e J. S. Verry (eds.), *Psychopathological disorders of childhood*, (3ª ed.), Nova York, Jonh Willey & Sons.
- Rank, O. (1928): *Le traumatisme á le naissance*, Paris, Payot.
- Rutter, M. (1978): "Classification", en M. Rutter e Hersev (eds.), *Child Psychiatry*, Londres, Blackwell Scientific Publications.
- Sánchez Manzano, E. (1990): "La educación familiar y los hijos

- problemáticos”, en V. García Hoz (dir.), *La educación personalizada en la familia*, vol. 7, Madrid, Rialp.
- _____(2001): *Principios de educación especial*, Madrid, CCS.
- Small, J., et al. (1978): “Clinical EEG studies of short and long term stimulant drug of Kyperkinetic children”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 130, 7, 786-798.
- Spitzer, R. L., e D. P. Cantwell, (1980): “Classification of mental disorders and DSM III, en H. L. Kaplan et al. (eds.), *Comprehensive textbook of Psychiatrie*, Willians & Wiknis.
- Spitz, R. A. (1946): “Anaclitic depression”, *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 313-342.
- _____(1979): *El primer año de vida del niño*, Madrid, Aguilar.
- Tazdin, A. E. (1987): *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*, México, Ed. El Manual Moderno.
- Valdés, K. A., et al. (1990): *The national longitudinal transition study of special education study*, vol. 3, Palo Alto, CA, SRI International.
- Valett, R. E. (1987): *Niños hiperactivos. Guía para la familia y la escuela*, Madrid, Cincel.
- Weissman, M. M. (1979): “The psychological tratement of depression”, *Arch. Gen. Psychiatry*, 36, 1261-1269.
- Wolpe, J. (1958): *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford University Press.
- Yates, A. J. (1983): *Terapia del comportamiento*, México, Trillas.

