



Educaguía
.com

PROBLEMAS EMOCIONALES Y DE CONDUCTA EN EL AULA

VI. PROBLEMAS DE ANSIEDAD

- ✚ ALUMNOS ESTRESADOS
- ✚ ALUMNOS ANSIOSOS
- ✚ ALUMNOS INSEGUROS
- ✚ ALUMNOS CON FOBIAS
- ✚ ALUMNOS CON PROBLEMAS PSICOSOMÁTICOS
- ✚ ALUMNOS HISTRIÓNICOS
- ✚ ALUMNOS CON OBSESIONES Y COMPULSIONES

VI . PROBLEMAS DE ANSIEDAD

ALUMNOS ESTRESADOS

CONCEPTO DE ESTRÉS

De acuerdo con el MODELO TRANSACCIONAL de RICHARD LAZARUS (Lazarus y Folkman, 1986) podemos definir al estrés de la siguiente manera:



“... una relación entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”

IMPORTANCIA DE LOS FACTORES EXTERNOS

A los estímulos que provienen del entorno que son percibidos negativamente y son susceptibles de desencadenar estrés les vamos a llamar **AGENTES ESTRESANTES**. Como ser en evolución, el alumno está sometido al influjo de situaciones, sucesos y eventos que le influyen y mediatizan y que, en determinadas circunstancias, le pueden “desbordar”. Además, él mismo como persona, está en un proceso de cambio y reajustes continuados respecto a su persona. Su propio autoconcepto y autoestima, su nivel de adaptación escolar, familiar, social etc. y sus capacidades de adaptación a las nuevas demandas que le surjan (roles nuevos) serán importantes para su desarrollo biopsicosocial.

Acontecimientos que pueden favorecer respuestas de estrés en los alumnos:

- ✚ **Acontecimientos vitales problemáticos**: El tipo de educación recibida, las adversidades pasadas y presentes, enfermedades, experiencias con la muerte, problemas relacionales con la familia, grupos, etc. .
- ✚ **Acontecimientos imprevisibles y extraordinarios**: Son acontecimientos improbables, altamente amenazantes y perturbadores del tipo de: catástrofes naturales (inundaciones, terremotos, huracanes, incendios, aludes, etc.) o acontecimientos en los que hay implicación humana (violaciones, guerras, terrorismo, secuestros, torturas, etc.). Pueden impactar en los individuos provocando reacciones diversas.

Son excepcionales los acontecimientos señalados anteriormente pero son susceptibles de provocar un trauma en casi todo el mundo. Cuando dejan secuelas pueden dar lugar a un TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO en donde se reexperimenta de manera repetida el acontecimiento traumático a través de imágenes, pensamientos o sensaciones intrusas, pesadillas recurrentes y la sensación de que el acontecimiento se revive, con la consiguiente angustia y malestar fisiológico. Tienden estos sujetos a evitar lo que se relaciona con la situación (personas, lugares, ...), les puede costar recordar detalles de lo que pasó y presentan alteraciones de la alimentación, del sueño, de las emociones - irritabilidad, sobresaltos, dependencia, alertar excesiva, etc. -. A veces, este trastorno aparece durante un tiempo posterior (varios meses) al suceso traumático.

Algunas situaciones de PÉRDIDA O DUELO pueden ser consideradas en este apartado y acompañarse de incredulidad, protesta, shock, alteración emocional en forma de llanto, lamentos, pérdida de apetito, insomnio, etc. de varios días de duración y que suele dar paso a una fase de duelo y desesperanza en la que se va aceptando la pérdida, aunque persisten las alteraciones emocionales para con el tiempo, frecuentemente, ir resolviéndose el estado anímico y la persona llega a recuperarse, aunque depende de cada caso tanto el transito por cada fase como la resolución de la misma.

- ✚ **Acontecimientos cotidianos:** Ante los pequeños problemas pueden los alumnos responder con un cierto nivel de estrés de baja intensidad, pero que si se mantienen y se van sumando pueden llegar a “sobrecargar” su salud. Un ritmo de trabajo fuerte, dificultades escolares, problemas relacionales -discusiones, enemistades, incomunicación ...-, pueden ser algunos ejemplos. Las molestias y contrariedades más o menos cotidianas son mejores predictores del estrés que los acontecimientos vitales problemáticos.

TIPOS DE ESTRÉS

ESTRÉS AGUDO: El alumno ha estado expuesto a un agente estresante de carácter excepcional como puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad personal o de personas queridas (ej.: catástrofes, atracos,...) o un cambio brusco y amenazador del rango o entorno social del individuo (ej.: pérdida de seres queridos, incendio de la vivienda, ...). Hay una relación clara e inmediata entre el impacto y la aparición de síntomas tales como “embotamiento”, depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno predomina sobre otro durante mucho tiempo. Crisis agudas de nervios, shock emocionales entrarían aquí.

ESTRÉS CRÓNICO: El alumno vive sobrecargado en un estado de tensión crónico relacionado con su forma de desenvolverse en su sistema de vida (ej.: modos de afrontamiento inadecuados..., estilo de vida adoptado (ej.: sobrecarga de estudios y trabajo,...), la persistencia de un problema (ej. problemas relacionales,...) o una condición vital adversa (ej.: conflictos familiares,...).

ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO: El alumno ha estado expuesto a una situación breve o duradera de carácter excepcionalmente amenazante o catastrófica que causaría de por sí malestar generalizado en casi todo el mundo (catástrofes naturales o producidas por el hombre). Aparecen síntomas tales como episodios reiterados de revivir o vivenciar el trauma, “entumecimiento” y embotamiento emocional, desapego de los demás, falta de respuesta al medio, anhedonia y de evitación. Se tienden a evitar situaciones que recuerden la traumática. Suele haber hiperactividad vegetativa (hipervigilancia, sobresalto,...), ansiedad y depresión.

TRASTORNO DE ADAPTACIÓN: Se trata de un malestar subjetivo acompañado de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante (separaciones, experiencias de duelo, emigración, cambio de lugar de vida, inicio de la escolaridad, cambio de etapa o centro, ...). Los síntomas pueden ser muy variados y pueden incluir: humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimientos de incapacidad para afrontar los problemas, el futuro o de llevar la rutina diaria.

RESPUESTAS DE ESTRÉS

Las posibilidades de respuesta del alumno ante los agentes estresantes pueden afectar a una gama variada de cambios: fisiológicos, emocionales, de pensamiento, etc. Aquí es donde se percibe la frágil barrera entre lo psíquico y lo físico: es la totalidad del individuo la que reacciona. Y el modo de reacción es lo que constituye su especificidad, su particular sistema de respuesta.



Analizaremos algunos síntomas del estrés:

ALTERACIONES DE ÍNDOLE FISIOLÓGICO

- ✚ Taquicardia y arritmias episódicas.
- ✚ Disminución del riego sanguíneo periférico.
- ✚ Opresión precordial.
- ✚ Sensación de nudo en la garganta.
- ✚ Problemas de la piel: dermatitis, prurito, hipersudoración, acné, alopecia, rubor, tricotilomania,... .
- ✚ Sudoración.
- ✚ Dolores de cabeza.
- ✚ Problemas digestivos.
- ✚ Tensión muscular facial y mandibular, tics nerviosos, mayor tono muscular, temblores, lumbalgias, etc.
- ✚ Dilatación de los bronquios, disnea - sensación de falta de aire y respiración irregular- y sensación de ahogo.
- ✚ Trastornos sensoriales (zumbido de oídos, visión borrosa, etc.).
- ✚ Micción frecuente.
- ✚ Alteración de la temperatura corporal -calor/frío-.

Los niveles de estrés sostenido y la activación biológica resultante causan alteraciones en el funcionamiento del sistema nervioso, neuroendocrino e inmunitario siendo un factor importante en la vulnerabilidad a la enfermedad: problemas de alergias, enfermedades coronarias (infarto de miocardio, angina de pecho, enfermedad de Raynaud,...), hipertensión, ataques de asma por exceso de constricción de los bronquios, diabetes, artritis reumatoide, hipo o hipertiroidismo, etc.

ALTERACIONES EMOCIONALES

- ✚ Sentimientos de indefensión e impotencia.
- ✚ Inseguridad e incertidumbre.
- ✚ Altibajos en las emociones.
- ✚ Inquietud interior, impaciencia, amenaza.
- ✚ Irritabilidad.
- ✚ Deseos de descargar la agresividad.
- ✚ Deseos de huida y escape.
- ✚ Displacer y falta de disfrute.
- ✚ Perplejidad.
- ✚ Hipervigilancia o alerta excesiva.
- ✚ Temor (a perder el control, a la muerte, a la locura, al suicidio,...).
- ✚ Aprensión.
- ✚ Excitación general.
- ✚ Miedo u horror.
- ✚ Temor a las valoraciones ajenas.
- ✚ Ansiedad.



- ✚ Depresión.
- ✚ Conductas obsesivas y compulsivas.
- ✚ Frustración. Mal humor, ira o agresividad
- ✚ Problemas de alimentación (anorexia, bulimia, náuseas, vómitos, diarreas, etc.).
- ✚ Problemas de sueño (insomnio de conciliación, despertarse, sobresaltos,...).
- ✚ Disfunciones sexuales (disminución o aumento del deseo sexual, eyaculación precoz, incapacidad de orgasmo, coito doloroso, vaginismo, impotencia,. ..).
- ✚ Conductas sexuales alteradas: travestismo, exhibicionismo, etc.
- ✚ Vivencias de extrañeza y despersonalización.
- ✚ Cansancio y fatiga.
- ✚ Bloqueo afectivo.
- ✚ Sensación de inestabilidad en la marcha.
- ✚ Puede resentirse la propia estima.
- ✚ Puede haber sentimientos de soledad, de abandono o de centraje (ser el centro de una catástrofe).
- ✚ Baja satisfacción (de vida, profesional, relacional).

ALTERACIONES COMPORTAMENTALES

Excesos de comportamientos tales como: Inquietud motora, desorganización de la acción, excitabilidad, huida hacia adelante, imposibilidad para relajarse, sobresaltos, caminatas sin rumbo, hablar rápido, lloros, respuestas desproporcionadas a estímulos, etc.

En forma de *déficits comportamentales* del tipo: Inhibición, sumisión, inmovilidad o paralización, apatía o repliegue.

Pueden aparecer conductas sustitutivas: agresividad o autoestimulativas: fumar, beber, drogas, practicar sexo o hacer deporte de forma un tanto compulsiva), de dependencia (búsqueda de apoyo o reconocimiento social), o de evitación de situaciones percibidas como problemáticas o amenazantes. Se pueden desatender o descuidar las relaciones sociales. En ocasiones se puede no tener en cuenta las consecuencias negativas o peligros de la propia acción.

ALTERACIONES INTELECTUALES

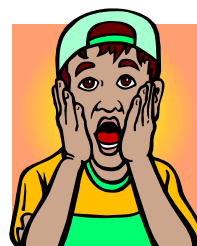
- ✚ dificultades de atención y concentración.
- ✚ bloqueos, fugas de ideas, fallos de memoria, errores de apreciación, embotamiento mental, etc.
- ✚ No es extraña la disminución del rendimiento intelectual.
- ✚ Posiblemente desorientación temporo-espacial.
- ✚ Cierta desorganización del pensamiento que puede manifestarse en el discurso.
- ✚ Existencia de pensamientos ilógicos o “mágicos”.
- ✚ Errores en el procesamiento de la información.

ALTERACIONES ASERTIVAS

- ✚ Descenso en las habilidades sociales o una peculiaridad en las mismas.
- ✚ Puede aparecer bloqueo en la relación, no saber qué decir, no saber decir que no,
- ✚ Problemas relacionales debido a cierta hostilidad o agresividad.
- ✚ Dificultades para centrarse en la escucha o conversación, monotemas en el discurso, etc.

ALUMNOS ANSIOSOS

Hemos de tener en cuenta que los niños debido a su plasticidad los niños y jóvenes pueden presentar síntomas ansiosos que no reflejan cuadros tan claros como ocurre en los trastornos de los adultos. Presentan, por tanto, polimorfismo en los síntomas. Les reconoceremos por diversas manifestaciones comportamentales, pero hemos de tener en cuenta que la existencia de algunos de estas respuestas de por sí no son necesariamente representativas de que existan alteraciones psicológicas.



¿CÓMO LES RECONOCEREMOS?

- ✚ Inseguros
- ✚ Anticipan cosas negativas
- ✚ Hipersensibles
- ✚ Fácilmente sus emociones se ven afectadas
- ✚ Se pueden desmoronar con facilidad
- ✚ Fácilmente impresionables
- ✚ Frágiles
- ✚ Hiperpreocupados
- ✚ Pueden mostrar inquietud
- ✚ Con miedos más o menos específicos
- ✚ Asustadizos
- ✚ Pueden tener crisis de nervios
- ✚ Posibles problemas psicósomáticos
- ✚ Dubitativos, irresolutos
- ✚ Poca confianza en sí mismo
- ✚ Falta de autonomía o dependencia
- ✚ Posible autoestima baja

De una manera más técnica, podemos decir que la ansiedad puede presentarse como ansiedad generalizada, crisis de ansiedad, concretizada en situaciones u objetos (fobias) o relacionada con ideas obsesivas o actos compulsivos (obsesiones-compulsiones). Por último analizaremos el trastorno de histeria infantil, que se incluye también dentro de los trastornos de ansiedad.

ANSIEDAD GENERALIZADA

Se caracteriza porque la ansiedad no se circunscribe específicamente a una situación, actividad o tema sino que puede abarcar como mínimo dos. El contenido no se vincula con fobia o separación o una preocupación específica.

Sí aparecen los siguientes síntomas:

- ✚ Inquietud persistente.
- ✚ Miedos inespecíficos y sentimientos aprensivos.
- ✚ Tensión muscular.
- ✚ Hipersensibilidad.
- ✚ Somatizaciones: digestivas, respiratorias etc.
- ✚ Preocupación.
- ✚ Irritabilidad.
- ✚ Cansancio y/o agotamiento.
- ✚ Dificultades para concentrarse o bloqueo mental.
- ✚ Alteraciones del sueño: de conciliación, sueño intranquilo e insatisfactorio por la ansiedad).



CRISIS DE ANSIEDAD

Pueden ser diversas las circunstancias que se vinculen a este tipo de alteración en el niño. La muerte de un ser querido, reinicio de las clases, pérdida de un amigo, cambio de clase, fracaso escolar, rupturas ansiosas, etc., pueden estar a la base de la crisis.

Los síntomas se relacionan con la aparición de crisis de ansiedad aisladas, formando episodios o repetidas en el mismo día. Los síntomas característicos son:

- ✚ Sensación de pérdida de control de uno mismo (terror, temblor, agitación, sudor, gritar y quejarse).
- ✚ La crisis de día se presenta en forma de sensación de aprensión (algo malo o terrible puede pasar) y de noche en forma de sueño agitado, inquieto, pesadilla o terror nocturno.
- ✚ La duración de la crisis suele variar desde unos minutos a media hora.
- ✚ Los síntomas más frecuentes son: dificultad respiratoria, disnea, o jadeo, palpitaciones precordiales, dolor en el pecho, malestar respiratorio con dificultades en la inspiración, abdominalgias, hormigueos en los miembros, parestesias, sensación de inestabilidad, vértigo, mareo, sudoración, sensación de sofocación o frío, temblores, sacudidas musculares, miedo a morir, volverse loco o a perder el control.
- ✚ El niño se calma con dificultad, se tranquiliza con una persona que le reasegure.



ALUMNOS INSEGUROS

Se caracteriza el comportamiento de este alumno por mostrar poca confianza en sí mismo y en sus posibilidades, le cuesta asumir riesgos, suele ser poco autónomo o necesitar aliento y ayuda frecuente para afrontar los retos que la vida le depara.



Sus mecanismos de afrontamiento son deficitarios y poco prácticos para confrontarse ante la realidad. Ello puede estar relacionado con un mal aprendizaje de esos mecanismos de afrontamiento que pueden derivar de una educación sobreprotectora o por el contrario sobreexigente, punitiva, frustrante o culpabilizante.

Los sentimientos del alumno pueden ser múltiples y variados: miedo y temor al castigo o al fracaso, a los demás, al qué dirán, minusvaloración y poca fe en sus posibilidades, sentimientos de poca valía, etc. Son frecuentes las manifestaciones que dan muestras de insuficiencia (“no puedo”, “no se”, “no soy capaz”, “no se hacerlo”,...). Puede asociarse a pasividad y dependencia. El asumir riesgos y responsabilidades se le torna difícil y “cuesta arriba”, puede hacer de un grano de arena una montaña.

En algunas ocasiones ese sentimiento de inseguridad se puede traducir en conductas de exceso y problemas de conducta. Una especie de huida hacia delante, de descarga de la tensión existente o de reequilibrar la autoestima que se puede manifestar en agresividad u otro tipo de comportamientos disruptivos.

La inseguridad se asocia como causa y efecto de múltiples y variados problemas psicopatológico (ansiedad, depresión, obsesión, etc.).

PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE EL CON ANSIEDAD

El conocimiento de esta problemática nos puede ayudar a identificar determinadas conductas que pudieran ser relevantes para el posible desarrollo emocional del niño o joven. No corresponde al profesor establece juicios clínicos ni impresiones diagnósticas. Pero si puede avisar al correspondiente Equipo Psicopedagógico de la sospecha de problemas de tipo ansioso o en su defecto sugerir con el suficiente tacto y tranquilidad a los padres la necesidad de consultar por esos comportamientos detectados a instancias médicas o psicológicas.

Si es oportuno que el profesor tenga unas pautas de actuación claras ante estos tipos de problemas. No le corresponde a él ser terapeuta pero si estar formado en habilidades y procedimientos que al menos no cronifiquen o aumenten lo problemas sino que, por el contrario traten de disminuirlos y mitigarlos. Independientemente de las pautas específicas dadas por los especialistas que valore el caso en concreto, nos atrevemos a dar unas pautas generales de actuación ante los alumnos ansiosos.

- ✚ DETECTAR SITUACIONES PRESIONANTES: Ver ante qué situaciones aparece el miedo, inseguridad, ansiedad, hiperpreocupación, etc. como medio para conocerle y así poder ayudarle.
- ✚ ANALIZAR CUÁLES SON LAS ACTITUD EDUCATIVAS PATERNAS y su posible relación con la presión e inseguridad del niño. Examinar las expectativas y pretensiones paternas escolares, personales, etc.
- ✚ CUIDAR NUESTRO ESTADO EMOCIONAL: Hemos de transmitir a estos alumnos paz y tranquilidad como medio de poder ayudarles a reducir su propia angustia e inseguridad.
- ✚ CLIMA DE CLASE: Estos alumnos pueden filtrar estímulos neutros como tensos o bien estímulos tensos como dramáticos o amenazantes. Pueden ser autorreferenciales y pensar que determinados mensajes van por ellos, o tan impresionables que se asustan con facilidad por riñas o amenazas. Un clima de la clase positivo facilitará su relajo.
- ✚ VALORAR SI TIENE UN HORARIO REPLETO que pueda ser origen de estrés y si son adecuados sus períodos de descanso. El cansancio puede hacer que el alumno esté débil e hipersensible.
- ✚ ¿EXISTE ALGUNA ENFERMEDAD FÍSICA a la base que pudiera relacionarse con la inseguridad del alumno?.
- ✚ HABLAR INDIVIDUALMENTE: Como medio para reducir su ansiedad, explicarles y matizarles argumentos y razones, infundirles tranquilidad y restarles dramatismo, culpabilidad, inseguridad o exageración.
- ✚ CREAR UNA ESTRATEGIA DE AYUDA: plantearnos unos objetivos de ayuda con ese alumno.
- ✚ AYUDARLE A QUE ADOPTE UNA POSTURA SUPERADORA: Inculcarle que le vamos a tratar de ayudar a que crezca y luche por conseguir pequeños objetivos.
- ✚ CÓMO HACERLO: Ayudarle no pidiéndole que cambie sino proponiéndole formas de hacerlo.
- ✚ NO PASA NADA: Fallos, recaídas, retrocesos, etc. no son más que el resultado de la lucha y de intentar conseguir metas. El intentarlo es conseguirlo.
- ✚ ABAJO EL PERFECCIONISMO: Si se detectan este tipo de comportamientos (excesos de “deberías”, todo o nada, exageración de los fallos, errores o fracasos, atribución de los fallos en conductas o metas a los fallos como persona, autoinculpación, etc.) quitar importancia y ayudarle a modificar esos esquemas de pensamiento reestructurándolos y desdramatizándolos.

- ✚ ANIMARLE, ANIMARLE Y ANIMARLE: Motivarle para que crezca pero si tirar de él. Estimular mediante el elogio o alabanza. Que haya calor humano verdadero.
- ✚ PROCURARLE TÉCNICAS DE RELAJACIÓN que le permitan hacer frente a los problemas cotidianos mediante una actitud más relajada.
- ✚ FORMAS DE REACCIÓN A LA FRUSTRACIÓN POSITIVAS que le permitan reconocer cuando está frustrado y cómo debe de tratar de sobreponerse. Para ello:
- ✚ PROPORCIONARLE TÉCNICAS Y RECURSOS para que reestructure sus planteamientos problemáticos, tenga una visión de sí mismo más ajustada, sepa tranquilizarse y afronte retos. Técnicas de representación de papeles, control de las emociones, recursos de cambio cognitivo (replanteamiento mental, búsqueda de soluciones prácticas y operativas, etc.).
- ✚ SI ES HIPERSENSIBLE A LOS DEMÁS y sus críticas ayudarle a que una vez detectadas las situaciones y personas que le alteran pueda crecer ante ellas. Podemos ayudarle a desensibilizarse de los insultos, motes, bromas, etc. que lógicamente tienen un umbral bajo. Podemos sacarle humor al asunto, hacer juegos de roles con uno de verdugo y otro de víctima y ensayar respuestas adaptativas y asertivas simulando las situaciones, enseñarle a que haga caso omiso, etc.
- ✚ VALORAR PEQUEÑOS LOGROS y aproximaciones.
- ✚ ENSAYOS: Ensayar situaciones en las que le sea más fácil conseguir resultados.
- ✚ CUIDADO CON LOS “DOBLES MENSAJES”: “Puedes hacerlo”, “Seguro que lo haces bien”, “Si quieres puedes”, “Ya veras como lo consigues”, etc. pueden ser verdaderas fuentes de estrés y ansiedad. Recuerda: NO PASA NADA.
- ✚ PASADO: Ayudarle a que se olvide de él.
- ✚ FRACASO: Como parte de la vida que debemos ayudarle a que conviva con él. Fallar es normal, lo que importa es el esfuerzo e interés más que el resultado.
- ✚ NO ENSAÑARNOS NI DARLE EXCESIVO PROTAGONISMO: Es un alumno más con el que debemos actuar serenamente, con cierta neutralidad y distancia afectiva. La excesiva impaciencia en querer conseguir ayudarle, el excesivo énfasis en sus dificultades o nuestra excesiva preocupación o contagio de sus emociones pueden empeorar en problema. Los cambios suelen ser lentos, con retrocesos y altibajos.
- ✚ REFORCEMOS SUS PUNTOS FUERTES : Valoremos otros aspectos de su persona más positivos o menos sintomáticos. Es un ser con múltiples características, no nos quedemos en lo negativo o patológico. Los cambios de aspectos personales se consiguen mejor si se cimientan en lo que las cualidades que la persona ya tiene.

ALUMNOS CON FOBIAS

A lo largo del desarrollo evolutivo infantil son frecuentes los miedos entre otras razones por que la realidad que circunda al niño le va a obligar a enfrentarse a situaciones y eventos nuevos. Dependiendo de la situación que se le presente, de sus recursos personales, de la actitud de los padres, etc. el niño irá desarrollando mecanismos de afrontamiento más o menos adaptativos que mitigarán o por el contrario aumentarán el miedo.



Existirán a su vez miedos considerados más o menos normales según el particular momento evolutivo del niño, miedos racionales y positivos en la medida en que constituyen una ayuda al cuidado y protección del propio niño y miedos irracionales o disfuncionales, poco apropiados o problemáticos. Pero todo ello teniendo en cuenta que nos encontramos ante un ser en progresión y que por tanto requiere tiempo y ayuda para poder ir afrontando las diferentes situaciones. Es sobre los siete años cuando el niño ya posee una maduración mayor y una elaboración mental más compleja que le permite atenuar los miedos.

A la fobia la consideramos un miedo específico y concreto, injustificado, que condiciona respuestas de evitación o huida y que dificultan la adaptación personal y/o social del propio niño. La ansiedad en este caso está vinculada a situaciones específicas que no son en sí mismas merecedoras de esos temores. Puede haber “razones” y el temor ser entendible, aunque en su base lógica ese temor no es razonable. La evitación o huida es la respuesta que el niño da ante esa situación como medio de evitar la situación u objeto fóbico y reducir de ese modo la ansiedad resultante de la exposición. No cabe duda de que la propia huida o evitación es una estrategia redundante en la propia génesis y mantenimiento de la ansiedad.

Los síntomas de la ansiedad fóbica son similares a los de las otras formas de ansiedad: sensaciones subjetivas de malestar en mayor o menor grado, síntomas físicos (palpitaciones, mareos, desmayos, etc.). Suele traer consigo en mayor o menor medida una cierta conciencia de lo poco razonable del temor en cuestión y también la existencia de pensamientos anticipatorios.



POSIBLES CONCRECCIONES DE LAS FOBIAS

FOBIA SIMPLE

Se trataría de fobias específicas y aisladas a situaciones concretas (animales determinados, alturas, etc.). La importancia de este tipo de fobias se relaciona con el grado de interferencia en la vida del niño y de la frecuencia, intensidad, etc. con que se vive.

ANGUSTIA DE SEPARACIÓN Y/O MIEDO A LOS EXTRAÑOS

Hasta aproximadamente los dos años es frecuente encontrar este tipo de angustia en el niño, pero a partir de esa edad evidencia dificultades afectivas y madurativas en el desarrollo de la personalidad.

Se puede definir como la existencia de una ansiedad excesiva ante la separación de personas –generalmente padres- y presenta las siguientes características:

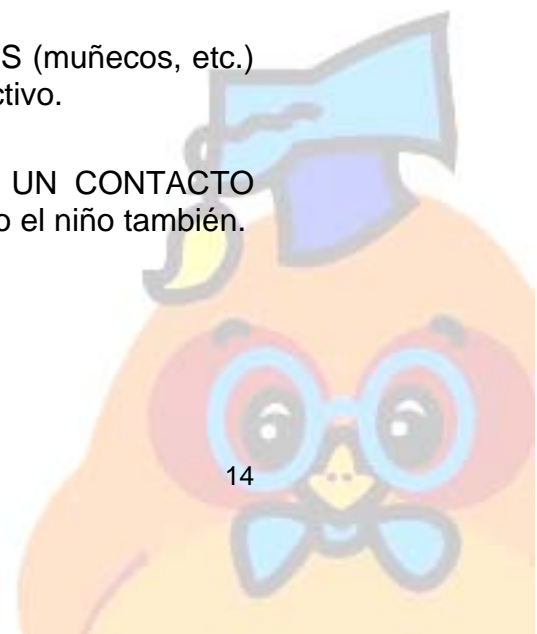
- ✚ Preocupación injustificada y miedo a que le puedan ocurrir daños o acontecimientos adversos a la persona a la que se vincula la angustia de separación y que ello les mantenga separados.
- ✚ Rechazo o malestar por ir al colegio, estar solo o sin esa persona por el temor a la separación.
- ✚ Dificultades para separarse de noche (para ir a la cama, levantarse para cerciorarse de que está la persona, o dormir cerca de ella o no querer dormir fuera de casa).
- ✚ Pesadillas de separación.
- ✚ Problemas somáticos: náuseas, vómitos, cefaleas, etc. ante situaciones de separación (ej.: ir al colegio).
- ✚ Alteración emocional (miedos, llanto, rabietas, apatía, retraimiento social, etc. antes o después de la separación).



PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE ALUMNOS CON ANGUSTIA DE SEPARACIÓN Y MIEDO A LOS EXTRAÑOS

Se trataría de ayudar a los padres en la educación de su hijo para que sean más independientes. Las posibles recomendaciones podrían ir en la siguiente línea:

- ✚ QUE FOMENTEN EL SENTIDO DE DIFERENCIACIÓN dando al niño espacios o lugares propios donde pueda permanecer con sus cosas jugando independientemente de nosotros.
- ✚ REALIZAR JUEGOS como el del escondite para que de forma divertida estén solos breves momentos.
- ✚ REPRESENTAR ESCENAS SIMULADAS EN DONDE SE INCLUYA EL ENSAYO SOBRE MOMENTOS DE SEPARACIÓN y se adopten aptitudes positivas.
- ✚ INTRODUCIR OTRAS PERSONAS COMO AGENTES SOCIALES para que el niño vaya aprendiendo a separarse de sus padres pero manteniéndole informado de sus intenciones, lugares, momento de la vuelta, etc.
- ✚ INTRODUCIRLO EN LUGARES NUEVOS poco a poco para que se falla familiarizando antes de que se produzca el hecho de separarse.
- ✚ NO MARCHARSE DE REPENTE Y A ESCONDIDAS ya que puede disgustar mucho al niño y dar sensación de fragilidad a los lazos de unión.
- ✚ PROCURARLE SITUACIONES REFORZANTES AL SEPARARSE. Según sus gustos, preferencias e intereses se pueden idear situaciones favorecedoras de la adaptación (ej.: comer determinado alimentos, jugar a determinado juego, etc.).
- ✚ AYUDARLE CON OBJETOS TRANQUILIZADORES (muñecos, etc.) que le sirvan un poco de referencia y consuelo afectivo.
- ✚ UTILIZAR EL TELÉFONO PARA ESTABLECER UN CONTACTO para que así los padres se tranquilicen y en su caso el niño también.



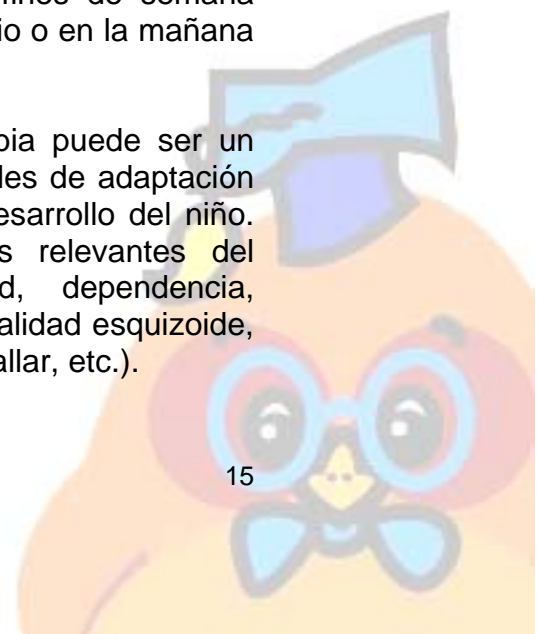
- ✚ HAN DE MANTENER UNA ACTITUD SERENA. Muchos padres lo pasan peor que su hijo ante la separación o ante las reacciones de éste. Ese clima emocional intenso puede reforzar negativamente la angustia del niño. Un tono afable y cariñoso pero claro es suficiente.
- ✚ NO A LAS DESPEDIDAS INTERMINABLES y a las agonías. Fomentan el problema. Irse es irse.
- ✚ CUIDAR EL LENGUAJE GESTUAL ya que puede ser de excesivo apego y afecto o de excesiva preocupación y malestar.
- ✚ DARLE EN OCASIONES LA POSIBILIDAD DE QUE ELIJA DENTRO DE UN MARGEN ADAPTATIVO. ¿Entro contigo hasta el vestíbulo o entras con tus amigos?. Tú decides.
- ✚ CUIDADO CON LAS RECAIDAS ya que a veces el primero o primeros días van las cosas bien y después se enreda todo. Otras veces se empieza mal, sea adaptan pero luego recaen. Seamos fuertes y valientes.
- ✚ QUE FOMENTEN SU INDEPENDENCIA dejando que poco a poco vaya a casa de amigos, vecinos, cumpleaños, fiestas, excursiones, campamentos, guarderías, etc.

FOBIA ESCOLAR

Más frecuente en niños y más en primogénitos y benjamines. El niño rechaza categóricamente ir al colegio y presentan reacciones emocionales alteradas (crisis de ansiedad, lloros, desesperación, problemas gástricos, abdominales, pérdida de apetito, vómitos, palpitaciones, disneas, dolores precordiales, fatiga, sentimientos de tristeza, inestabilidad, alteraciones del sueño, etc. Los síntomas remiten si no hay presión por asistir al colegio o cuando hay fiestas o fines de semana pudiendo intensificarse al final de la víspera de ir al colegio o en la mañana de ese mismo día.



Es preciso tener en cuenta que este tipo de fobia puede ser un problema específico y que refleje determinadas dificultades de adaptación que no son más que problemas puntuales dentro del desarrollo del niño. Pero también pueden vincularse a alteraciones más relevantes del desarrollo personal (problemas afectivos, fragilidad, dependencia, problemas de socialización más o menos graves -personalidad esquizoide, depresión subyacentes, problemas obsesivos y miedo a fallar, etc.).



También hay que tener en cuenta el origen o el factor asociado a la fobia que pudiera estar en problemas con el profesor, compañeros, miedo a actividades o al bullicio escolar, a fracasar en los exámenes, a no llegar al nivel exigido, etc. . En ocasiones puede asociarse problemas en el ámbito familiar (conflictos y tensiones, existencia de un hermano pequeño, etc.) o porque el niño cree que puede ocurrir algo malo en casa si no está.

PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE EL ALUMNO CON FOBIA ESCOLAR

- ✚ TRATAR DE DESCUBRIR LAS RAZONES por las que al niño le cuesta ir a la escuela. Es preciso hablar con el alumno, con los padres y con otros compañeros para tratar de averiguar las posibles causas de la ansiedad ante el colegio.
- ✚ EN EL CASO DE QUE LA FOBIA ESCOLAR SE RELACIONE CON ACTUACIONES DEL PROFESOR (ES) tratar de actuar procurando una mejora relacional.
- ✚ EN CASO DE QUE EXISTAN PROBLEMAS PSICOSOMÁTICOS que el médico ayude a establecer el diagnóstico descartando causas físicas posibles y ayudando al niño tranquilizándole o medicando lo necesario. Restar importancia a los vómitos, mareos o inapetencias. Se puede tratar de compensar la posible debilidad por otras vías (vitaminas, etc.).
- ✚ QUE NO OBTENGA GANANCIAS SECUNDARIAS cuando tenga que faltar al colegio hay que procurar una situación lo más neutra posible evitando situaciones alternativas que le gusten mucho (jugar y divertirse, estar con quien le agrade mucho, etc.).
- ✚ AYUDAR AL NIÑO A QUE VEA LO POSITIVO DE LA ASISTENCIA AL CENTRO aprovechando sus intereses (asignaturas, acontecimientos especiales que le gusten, actitud en clase reforzada en positivo, amistades que le gusten, etc.).
- ✚ CONVERSAR CON EL NIÑO y ayudarlo a que reestructure sus actuales pensamientos negativos fuente de estrés y temor a la escuela.
- ✚ QUE LOS PADRES TENGAN UNA ACTITUD FIRME PARA QUE ASISTA. Deben de establecer los criterios que conllevaría el quedarse en casa (fiebre determinada, etc.) y en caso de no cumplirse ser claros y firmes en que debe de asistir al centro.
- ✚ QUE CUIDEN LOS MOMENTOS DE RUPTURA DEL RITMO DE ASISTENCIA ya que pueden ser más críticos para el niño (fines de semana, puentes, vacaciones, etc.).
- ✚ QUE TRATEN DE HACER UNA RUTINA centrándose en lo que hay que hacer para salir de casa más que en el problema emocional.
- ✚ AUTOCONTROL PARA NOMOSTRAR INTERÉS O ANSIEDAD ANTE EL PROBLEMA, al menos externamente.

- ✚ NO CENTRAR LA CONVERSACIÓN EN ESE TEMA. Es preciso en ocasiones hablar lo mínimo e incluso hacer caso omiso a los comentarios del niño negativos. Se conversará en otros momentos de ese tema pero no en el momento crítico de alteración emocional ya que puede ser utilizado por el niño con el fin de redundar en su actitud para tratar de convencernos. Podemos utilizar la técnica del disco rallado y contestarle siempre lo mismo de manera suave pero clara y firme.
- ✚ REFORZAR LAS ASISTENCIA Y ACTITUDES POSITIVAS DEL NIÑO ante lo escolar.
- ✚ PODEMOS HACER UN PUENTE para recoger al niño y que esté en un lugar un poco más tranquilizante para él. Poco a poco le iremos pidiendo más.
- ✚ CUIDAR LA ACTITUD DE LOS COMPAÑEROS ya que pudiera ser positiva si le ayudan y muy negativa en caso de que se burlen de él o critiquen.
- ✚ ASOCIAR LA ASISTENCIA A COSAS POSITIVAS como al salir iremos a merendar por ahí, a casa de alguien que le guste, que vaya con un compañero a su casa a jugar un rato a su casa o al parque, etc. Si hiciera falta asociar un sistema establecido de premios partiendo de sus posibilidades actuales.
- ✚ PROCURAR LA ACTUACION CONJUNTA DE LOS PADRES.

MIEDO A LOS EXAMENES

El alumno teme a la situación examen y a sus propias reacciones en él. La situación de prueba le llena de ansiedad y causa situaciones intensas de temor que pueden bloquear su capacidad de respuesta intelectual y producir olvidos, lagunas, lapsus, paralización, fuga de ideas, desorganización del pensamiento y la acción, fallos “tontos”, etc. El rendimiento intelectual se merma o se anticipan pensamientos negativos relativos al suspenso, sus propias capacidades o la opinión y valoración que el propio alumno hace de sí mismo o cree que pueden hacer los demás (fallarles y defraudarles, pensarán que soy tonto, etc.). Las expectativas negativas de la situación de examen y de sus propias posibilidades funcionan en ocasiones como verdaderas profecías que se autocumplen.



PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE ALUMNOS CON MIEDO A LOS EXAMENES

- ✚ VALORAR CUÁLES SON LOS ARGUMENTOS DE SU MIEDO A LOS EXAMENES y si éste se ciñe a asignaturas concretas, profesores específicos, es circunstancial o por el contrario es muy frecuente, cómo es de intenso, etc.
- ✚ DESDRAMATIZAR la importancia de las notas y valorar la importancia del esfuerzo.
- ✚ LO IMPORTANTE ES EL ESFUERZO pero en algunos casos la situación emocional está tan alterada que hemos de valorar el esfuerzo en relación a sus posibilidades emocionales actuales, no en relación a su rendimiento o posibilidad académica habitual. Que haga lo que pueda en su situación. Elogiar el esfuerzo y los intentos por superar el problema. La máxima podría ser “HAZ LO QUE PUEDAS, MIENTRAS LO HAGAS LO MEJOR QUE PUEDAS SIN OLVIDARTE DE TI Y DE VIVIR”.
- ✚ QUE LOS PADRES SE DEN CUENTA DEL PROBLEMA y actúen en consecuencia bajando las expectativas académicas y tranquilizando en lo personal. Eliminar en lo posible la presión que derive del entorno familiar.
- ✚ PROPORCIONAR APOYO EMOCIONAL AL ALUMNO y tener mucha paciencia.
- ✚ TRATAR DE MODIFICAR SUS PENSAMIENTOS NEGATIVOS relacionados con sus expectativas negativas, anticipaciones del fracaso, dramatismo, excesos de “deberías”, bajada de la autoestima, importancia que da a las notas, a los errores, etc. . Y ayudarle a que sea consciente de la relación entre éstos y su ansiedad y miedo con el fin de que trate de aumentar el control sobre ellos.
- ✚ AYUDARLE MEDIANTE TÉCNICAS PSICOLÓGICAS: Reestructuración Cognitiva, Parada del Pensamiento, Autoinstrucciones, Técnicas de Desensibilización y de Afrontamiento, etc.
- ✚ PROPORCIONARLE SISTEMAS DE RELAJACIÓN o medidas tranquilizantes..
- ✚ ANALIZAR EL SISTEMA DE VIDA Y LA ORGANIZACIÓN DEL TIEMPO ya que en algunos casos se vive por y para los estudios, en detrimento de otras facetas (sociales, deportivas, aficiones, etc.) lo cual conlleva riesgos de vida un tanto obsesiva y poco saneamiento mental.
- ✚ ADECUAR BIEN LOS TIEMPOS DE TRABAJO-DESCANSO. También en el día previo al examen.
- ✚ CUIDAR LA ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN DEL ESTUDIO para estudiar con suficiente tiempo.
- ✚ PROCURAR TÉCNICAS DE ESTUDIO que aporten recursos de trabajo intelectual y reglas y técnicas de memorización e intensificar el repaso.

- ✚ FAVORECER LOS EXAMENES SIMULADOS EN EL HOGAR para que coja seguridad y sentido de dominio sobre lo que sabe y ensaye la realización y ejecución de los exámenes.
- ✚ NO REFORZAR “PROBLEMÁTICAMENTE”: han de reforzarse los intentos pero no incurrir en mensajes que encierren en el fondo presión (“Tu puedes”, “Seguro que apruebas”, etc.).
- ✚ REFORZAR LAS APROXIMACIONES que supongan un tomarse las cosas más pacientemente, trabajar y esforzarse, descansar, etc.

AGORAFOBIA

Incluye miedo a los espacios abiertos o aglomeraciones de gente, no poder salir de determinado lugar, etc., aunque es frecuente en la infancia y juventud - más en mujeres y al final de la juventud).

ERITROFOBIA

Tiene que ver con el temor a ruborizarse o “ponerse colorado”. El sujeto tiene miedo a sus propias reacciones que vive como incontroladas. Es frecuente este síntoma en sujetos tímidos. El carácter incontrolado e impredecible del síntoma genera importante ansiedad y el hecho de ser visible a los ojos de los demás le puede hacer que se sienta delatado ante los otros o que duden de él ante situaciones embarazosas. Se relaciona y condiciona baja autoestima.

DISMORFOFOBIA

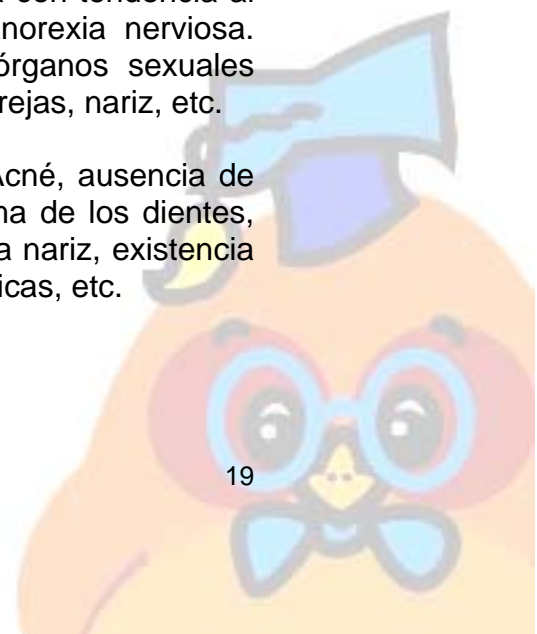
Relacionada con la angustia excesiva centrada en la propia imagen corporal (global o segmentaria). Se asocia a miedo a que el cuerpo o parte de él esté deformado, sea rechazado. Se vive con convicción la existencia de un defecto o malformación física cuando realmente no existe base para ello o existe tan sólo un ligero defecto físico. Se inicia normalmente en la pubertad.



Puede asociarse a evitaciones de determinadas situaciones sociales, miedo a ser observado o descubierto y al juicio de los demás.

Puede haber preocupación por el peso y la silueta con tendencia al riesgo de dietas que puedan desencadenar en una anorexia nerviosa. Puede incluir también la talla, preocupación por los órganos sexuales (aparición y dimensiones), el tipo de piel, la dentadura, orejas, nariz, etc.

Las preocupaciones más frecuentes suelen ser: Acné, ausencia de barba en chicos, cejas juntas o espesas, cicatrices, forma de los dientes, tipo de piel, forma del mentón, forma de los labios o de la nariz, existencia de cicatrices, forma de las piernas, forma del pecho en chicas, etc.



Es frecuente y normal la existencia de este problema. En muy pocos casos ese sentimiento de rechazo puede convertirse en insoportable y condicionar la adaptación social (fobia social), baja autoestima, generar introversión e inhibición y ansiedad ante la relación interpersonal y en especial con el otro sexo y en casos muy graves ideas delirantes que pudiera derivar en un brote psicótico o en una esquizofrenia.

Generalmente, suele ser menos dramática la evolución que suele durar en la mayoría de casos hasta el final de la juventud o inicio de la madurez en donde ya se asume esa imagen y no perturba la propia estima o la valía social. Otras veces puede persistir hasta los 40 años edad en donde puede darse una aceptación mayor.

ALUMNOS CON PROBLEMAS PSICOSOMÁTICOS

Se produce en el niño una observación y preocupación por los propios cambio corporales asociada a temor a enfermar. El cuerpo refleja la ansiedad y puede convertirse en un objeto de angustia. Así surgen manifestaciones y sentimientos hipocondríacos que se manifiestan por medio de:

- ✚ Quejas de malestar orgánico: dolor de cabeza, de abdomen, sensación de debilidad, náuseas, etc.
- ✚ Preocupación excesiva por el cuerpo y la salud. Temor a estar enfermo y padecer enfermedad.
- ✚ Sensación de no estar en forma, apatía, evitar el juego con otros niños, el deporte, el trabajo escolar u otras actividades.

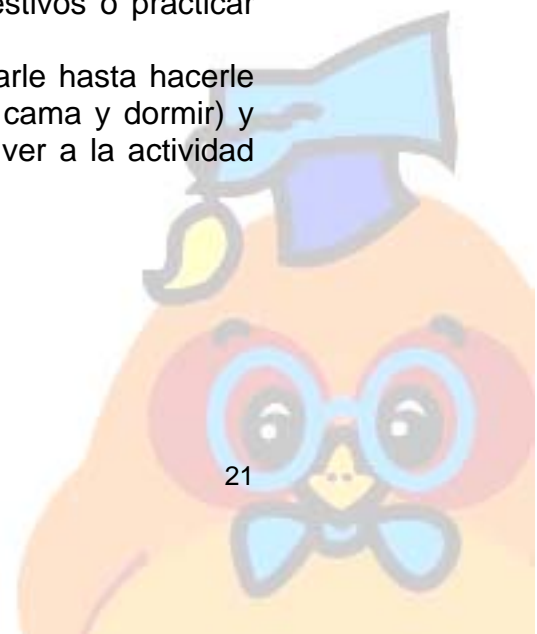
Puede relacionarse con las siguientes condiciones ambientales:

- ✚ Padres preocupados por la salud (sobreprotectores, hipocondríacos, hiperpreocupados,...).
- ✚ Posibles ganancias secundarias del niño (beneficios o privilegios del síntoma).



PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE ALUMNOS CON DOLORES FÍSICOS INFUNDADOS

- ✚ QUE EL MÉDICO VEA AL NIÑO y realice las revisiones oportunas y precisas.
- ✚ ANALIZAR LA POSIBLE RELACIÓN ENTRE LAS QUEJAS Y POSIBLES SITUACIONES DESENCADENANTES. En ocasiones se trata de respuestas ante miedos del alumno concretos (exámenes, profesor determinado, que le peguen otros niños, etc.)
- ✚ CRITERIOS CLAROS para que sepa cuándo consideramos que sus molestias son suficientes para que abandone determinadas responsabilidades (fiebre determinada, etc.).
- ✚ EVITAR GANANCIAS SECUNDARIAS materiales (jugar, ir a unas actividades si y a otras no, etc.).
- ✚ EVITAR LA SOBREPOTECCIÓN en forma de mimos, contemplaciones excesivas, etc.
- ✚ CUIDAR LOS MODELOS a los que se expone el niño. Puede aprender de los padres modelos hipocondríacos.
- ✚ FORTALECER AL ALUMNO ANTE POSIBLES ACCIDENTES MENORES que pueden ser utilizados como herramientas para hacerle fuerte y poco “quejica”. Nada de aparatosis, vendajes desmedidos, fármacos sin sentido, etc.
- ✚ QUE VEA MODELOS DE FUERZA Y ENERGIA VITAL y reforcemos sus aproximaciones a ellos.
- ✚ ANTE LAS DOLENCIAS SUPUESTAS: atención justa y poniendo el énfasis en la medida a adoptar más que en el dolor (tomar una aspirina, acuéstate un rato, etc.
- ✚ ABASTECER SU POSIBLE NECESIDAD AFECTIVA ya que muchas veces los síntomas y quejas no son más que fórmulas disfuncionales para atraer la atención. Hemos de procurarle atención positiva y ayudarle a que manifieste su necesidad mediante un afecto sano y positivo.
- ✚ SI HAY RELACIÓN SITUACIONAL EVIDENTE es preciso ayudarle a vencer esas molestias haciéndole crecer ante la situación y explicándole cual es la razón del síntoma. Pequeñas relajaciones o centrarse en la respiración , darle mensajes sugestivos o practicar sesiones de afrontamiento pueden ayudarle.
- ✚ SI ES EXAGERADAMENTE FINGIDOR contemplarle hasta hacerle una vida asfixiante. No le dejar hacer nada (solo cama y dormir) y seguirle el rollo hasta que se aburra. Deseará volver a la actividad normal.



ALUMNOS HISTRÍONICOS (HISTERIA)

Los trastornos histéricos son muy poco frecuentes en la infancia. Cuando ocurren son más frecuentes en las niñas que en los niños. La histeria es una especie de lenguaje mudo que se transmite por el cuerpo y que refleja un conflicto psicológico de origen afectivo.



POSIBLES CONCRECCIONES DE LA HISTERIA INFANTIL

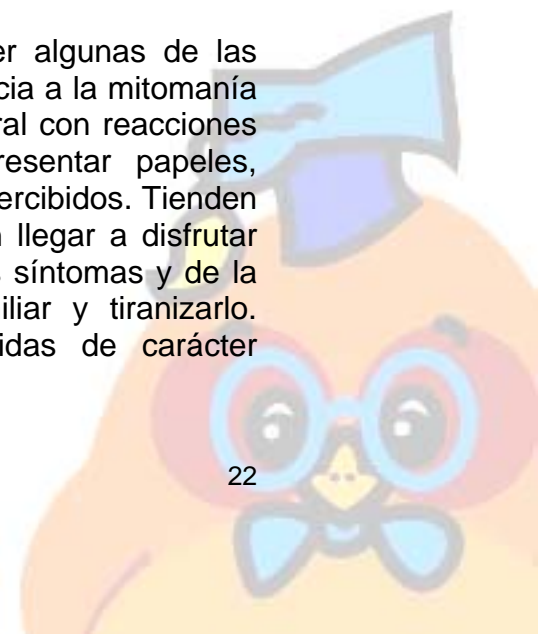
Básicamente puede adoptar dos formas que a continuación detallaremos:

REACCIÓN DE CONVERSIÓN: Se produciría en el niño una alteración de alguna función corporal de origen psicológico. De acuerdo con Ajuriaguerra (1980) los síntomas que más frecuentemente aparecen en el niño asociados a la histeria de conversión serían los que siguen:

<u>TRASTORNOS</u>	<u>SÍNTOMAS</u>
MOTORES	Inestabilidad o dificultades en la marcha, problemas de equilibrio, caídas, modificaciones del esquema corporal, trastornos posturales, espasmos musculares, convulsiones, etc.
SENSITIVOS Y SENSORIALES	Anestias, modificaciones del esquema corporal, hipoacusias, sorderas, estrechamiento del campo visual, etc.
SOMATOVISCERALES	Afonías, crisis respiratorias, vómitos, disfagias, dolores abdominales, poliuria, polidipsia, cefaleas, trastornos del sueño, etc.,

Los síntomas se pueden referir a una conversión histriónica, un trastorno de somatización o psicossomático o queja hipocondríaca. Esos síntomas son simuladores de enfermedad orgánica, aunque no se evidencia ninguna base anomalía somática que los avale.

La PERSONALIDAD de estos niños podría tener algunas de las características que a continuación mencionamos: tendencia a la mitomanía y fabulación, a llamar la atención, con personalidad teatral con reacciones desmedidas o exageradas y que parecen que representar papeles, sugestionables y manipuladores. Les cuesta pasar desapercibidos. Tienen a imitar y “contagiarse” de síntomas conocidos, pueden llegar a disfrutar preocupando a sus padres y obteniendo ventajas de los síntomas y de la enfermedad. En ocasiones dominan el ambiente familiar y tiranizarlo. Pueden en ciertos casos desarrollar tentativas suicidas de carácter chantajista en busca de poder, atención o privilegios.



REACCION DE DISOCIACIÓN: Se produce en el niño una alteración de la conciencia que va acompañada o seguida de una amnesia selectiva. Puede haber cambios espectaculares de la personalidad. Muy raras veces se producen desdoblamientos de la personalidad asociados a conductas regresivas (comportamientos de niño pequeño en, por ejemplo, el habla).

ALUMNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

En la infancia la aparición de estos trastornos generalmente se asocia a la existencia de una personalidad específica latente y que subyace. Eso no quiere decir que puedan darse en el desarrollo evolutivo del menor determinadas conductas obsesivo-compulsivas, que podamos considerar normales, tales como una cierta necesidad de orden y verificación, tendencia a coleccionar, rumiaciones de ideas, dudas ante la toma de decisiones, etc.



CARACTERÍSTICAS:

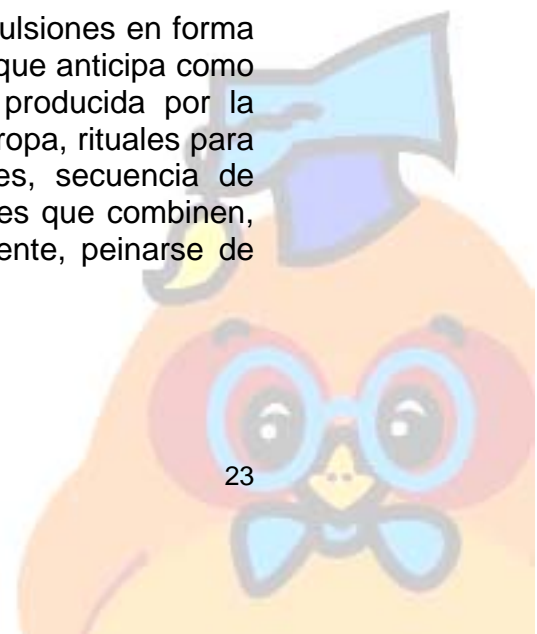
OBSESIÓN: Aparición en el campo mental del niño de ideas, imágenes o impulsos de forma reiterada y repetitiva y que son vividas como ajenas a su voluntad generando malestar (angustia, impotencia, ...).

COMPULSIÓN: Acto o conjunto de actos que se suceden de manera repetitiva, ritualizada y estereotipada ante los cuales el niño se ve con grandes dificultades o incapacidad para evitarlo. Siguen a las ideas, imágenes o impulsos obsesivos como respuesta a ellas o para tratar de erradicarlos o neutralizarlos. Se vive con malestar por la tiranía que ejercen pero a la vez tratan de calmar un malestar mediante medios inoperantes. Eso genera en el individuo frecuentemente un conflicto interno.

Suelen darse estos trastorno por igual en chicos y chicas y la frecuencia en la población general infanto-juvenil es la de 5 por mil.

Por edades podemos apreciar que:

- ✚ Entre los tres y los siete años pueden darse compulsiones en forma de rituales como forma de asegurarse ante daños que anticipa como posibles y como forma de reducir la ansiedad producida por la inseguridad.. Aparece al acostarse (posición de la ropa, rituales para dormir: cuento, ...), comer (posición de los útiles, secuencia de comida, ...), vestirse (elegir la ropa correcta, colores que combinen, ...) o en el lavabo (lavarse las manos repetidamente, peinarse de determinada forma, ...).



Es deseable mantener una conducta de no excesiva interferencia, actuar con tranquilidad y tolerancia, sin agobio coercitivo. Suelen ir y venir y desaparecer con el tiempo sin relevancia clínica.

- ✚ Entre los siete y los doce años pueden vincularse más a los temas escolares favorecidas por la disciplina escolar o el tipo de trabajo académico (orden, limpieza, reasegurarse, revisar,...). Puede aparecer también el uso de amuletos, realizar conjuros neutralizantes, andar por determinados sitios, evitar tocar, pisar, coleccionar, etc.

En los años finales de esta etapa puede aparecer mayor contenido ideativo debido a la aparición de un pensamiento más abstracto.

Estos comportamientos no necesariamente constituyen un problema si no interfieren en el desarrollo normal o de las actividades. Sólo se precisará tratamiento si se aprecia la existencia de una perturbación vital relevante.

- ✚ Entre los doce y los dieciocho años con la aparición del pensamiento abstracto y formal es frecuente en el preadolescente y adolescente las preocupaciones sobre cuestiones vitales y filosóficas que pueden ser objeto de rumiaciones importantes y de búsqueda obsesiva de soluciones, ideas sobre la muerte, miedo a infectarse, contaminarse, imágenes de sexo o violencia. Pueden darse también situaciones de duda e indecisión. O comportamientos ritualizados (de limpieza, orden, rezar, escrupulosidad, contar, realizar operaciones, verificar, etc.).

A estas edades suelen ser cambiantes y aparecer unidas las obsesiones y compulsiones.

La magnitud del problema obsesivo-compulsivo va a ir en función de variables relacionadas con la frecuencia e intensidad de las ideas o actos, del grado de malestar subjetivo (ansiedad, frustración, dolor, impotencia, pérdida de estima y sentimientos de descontrol,...) que producen, de la vivencia como algo extraño de uno mismo y por el grado de interferencia en el desarrollo personal y de actividades.

La existencia de determinadas características de personalidad de base previas al desarrollo de estos trastornos es frecuente. Podemos incluir aquí que ya aparecían episodios obsesivos-compulsivos en edades tempranas o rasgos de personalidad como perfeccionismo, valoraciones todo o nada, competencia-incompetencia, exigencias de no fallar, excesos de “deberías”, exigencia y urgencia ante situaciones que considera no aplazables, falta de expresividad afectiva, ansiedad o depresión de fondo.

ALUMNOS CON HIPERRENDIMIENTO

En la escuela pueden darse algunas características de este tipo de personalidad en determinados alumnos con EXCESIVO RENDIMIENTO. En estos casos se aprecia que el alumno está rindiendo por encima de sus posibilidades a costa de un enorme trabajo y esfuerzo para tratar de alcanzar unos objetivos rígidos. Ello conlleva una reducción de los intereses vitales ajenos al estudio, unas altas expectativas personales y/o familiares, exceso de presión, pensamientos recurrentes asociados a altas dosis de preocupación y en algunos casos a claras obsesiones, comportamientos de imantación y compulsiones de estudiar, etc. Todo ello puede derivar en problemas de fobia a los exámenes, fobia escolar, cuadros obsesivos, niveles de ansiedad elevados y cuadros depresivos.



PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE ALUMNOS CON HIPERRENDIMIENTO

- ✚ DETERMINAR EL HORARIO DE TRABAJO-DESCANSO.
- ✚ VALORAR EL GRADO DE PREOCUPACIÓN y estrés al que está sometido el alumno.
- ✚ TENER EN CUENTA SU SISTEMA VITAL: cómo organiza el tiempo y si desarrolla o no actividades diversificadas. Debe de procurársele un sistema de vida equilibrado.
- ✚ PROCURARLE ACTIVIDADES ALTERNATIVAS deportivas, de ocio, etc..
- ✚ QUE SE AJUSTEN A NIVELES RACIONALES LAS EXIGENCIAS tanto paternas como del propio alumno.

Los factores desencadenantes de los trastornos obsesivos pueden ser situaciones de estrés sostenido, resultado de un trauma afectivo o simplemente tener un inicio insidioso (50 % de los casos).



POSIBLES CONCRECCIONES DE LAS OBSESIONES-COMPULSIONES

Veremos los siete tipos más comunes de trastorno obsesivo compulsivo:

“LAVADORES” y “LIMPIADORES”

- ✚ Temen la contaminación (secreciones corporales, gérmenes, enfermedades o productos químicos).
- ✚ Crean rituales para eliminar la posible contaminación (lavarse las manos excesivamente, duchas prolongadas, limpieza).
- ✚ Buscan la tranquilidad con el ritual.
- ✚ Esas acciones son repetitivas y ocupan mucho tiempo.
- ✚ Pueden temer morir

“VERIFICADORES”

- ✚ Inspeccionan de una manera excesiva para evitar una “catástrofe” o errores.
- ✚ En general, dudan de sus verificaciones persistiendo en las mismas.

“REPETIDORES”

- ✚ Se empeñan en ejecutar acciones repetitivas
- ✚ Ante pensamientos atormentantes deben de repetir alguna acción para evitar o neutralizar las posibles catástrofes.
- ✚ A diferencia de los verificadores no pueden identificar una conexión lógica entre la obsesión y la compulsión.
- ✚ Hay una especie de cualidad mágica en sus pensamientos (ej.: vestirse y desvestirse para evitar la muerte de alguien).

“ORDENADORES”

- ✚ Las cosas que les rodean deben de estar dispuestas de acuerdo con determinadas pautas, incluyendo distribuciones simétricas.
- ✚ Las cosas deben estar en el lugar correcto.
- ✚ Se sienten incómodos si no es así.

“ACUMULADORES”

- ✚ Coleccionan objetos insignificantes de los que no pueden desprenderse.
- ✚ Les dan un gran valor.



“RITUALIZADORES MENTALES”

- ✚ Acostumbran a apelar a pensamientos o imágenes repetitivas, llamadas compulsiones mentales, con el objeto de contrarrestar la ansiedad provocadora de ideas o imágenes, que constituyen las obsesiones.
- ✚ Realizan esos ceremoniales de pensamiento para reducir la aflicción obsesiva.
- ✚ A diferencia de los repetidores se centran en pensamientos rituales reiterativos en vez de hacerlo con comportamientos.
- ✚ Los rituales más comunes son rezar, repetir ciertas palabras o frases y contar.
- ✚ También pueden recordar determinados acontecimientos con lujo de detalles o de repetir una lista mental como una manera de asegurarse tranquilidad.

“ATORMENTADOS” y “OBSESIVOS PUROS”

- ✚ Experimentan pensamientos negativos reiterados, que resultan incontrolables y bastante perturbadores.
- ✚ No se entregan a comportamientos reiterativos o verificaciones, ni tienen compulsiones mentales, tales como orar o contar.
- ✚ Sus preocupaciones se centran en sucesos cotidianos más sencillos o pensamientos alarmantes, violentos o incluso vergonzantes.
- ✚ Algún ejemplo puede ser prestar excesiva atención a problemas relacionados con la salud, quedar atrapado en acontecimientos traumáticos del pasado o preocuparse del posible fracaso en alguna tarea futura. También puede incluir imágenes vergonzantes de condición sexual, impulsos de matar o hacer daño, etc.
- ✚ Durante horas, o a veces días consecutivos la persona puede persistir en la angustia que le provocan esos pensamientos.



PAUTAS DE ACTUACIÓN ANTE ALUMNOS OBSESIVOS O

HISTÉRICOS

- ✚ OBSERVAR QUÉ TIPO DE COMPORTAMIENTOS OBSERVAMOS EN EL ALUMNO PREOCUPANTES: ideas repetitivas, actos compulsivos.
- ✚ CONTRASTAR ESA INFORMACIÓN CON LOS PADRES tratando de averiguar si es común a otros contextos.
- ✚ SUGERIR LA NECESIDAD DE AYUDA ESPECIALIZADA para valorar el problema de una manera más precisa.
- ✚ MOSTRAR VUESTRA DISPOSICIÓN A COLABORAR en lo posible ante el problema.

