

25  
2402

UNIVERSIDAD DE MONTERREY  
OCT. 9 1996  
LIOTECA

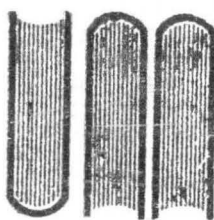
UNIVERSIDAD DE MONTERREY  
ABR. 8 1996  
BIBLIOTECA

UNIVERSIDAD DE MONTERREY  
OCT 30 1996  
BIBLIOTECA

# UNIVERSIDAD DE MONTERREY

DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA



UNIVERSIDAD  
DE MONTERREY

040.15  
G245P  
1993

PATRONES DE INTERVENCION FAMILIAR  
EN NIÑOS CON FOBIA ESCOLAR

901803

MONOGRAFIA PRESENTADA COMO REQUISITO  
PARA OPTAR AL TITULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

POR

MARIA CRISTINA GARZA MARTINEZ

GARZA GARCIA, N. L., AGOSTO DE 1993

BIBLIOTECA UNIVERSIDAD DE MONTERREY

(D) 52313

**Universidad de Monterrey**

**División de Ciencias de la Salud**

**Departamento de Psicología**

**PATRONES DE INTERACCION FAMILIAR  
EN NIÑOS CON FOBIA ESCOLAR**

**Monografía presentada como requisito**

**para optar el título profesional de**

**Licenciado en Psicología**

**por**

**María Cristina Garza Martínez**

**Garza García, N. L., Agosto de 1993.**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres por la oportunidad que me dieron para llegar a esta etapa de mi vida, el apoyo y el cariño que me brindaron en todo momento.

A mi hermano Oscar por el apoyo y la comprensión que siempre me dió.

A la Lic. Patricia Pérez por la gran ayuda, paciencia y dedicación que me brindó a través de las asesorías para la realización de ésta monografía.

A mis amigos por su ayuda y comprensión que siempre recibí de ellos.

## INDICE

Introducción .....	i
Capítulo 1 "Antecedentes"	
1.1. Antecedentes históricos .....	1
Capítulo 2 "Fobia Escolar"	
2.1. Epidemiología .....	5
2.2. Tipos de fobia escolar .....	6
2.3. Sintomatología .....	9
2.4. Causas .....	13
2.5. Complicaciones .....	16
Capítulo 3 "Patrón Familiar"	
3.1. Patrones de interacción familiar .....	21
3.2. Tipos de familia .....	23
3.3. Perfil del niño .....	25
3.4. Perfil de la madre .....	28
3.5. Perfil del padre .....	29
Capítulo 4 "Tratamiento"	
4.1. Tratamiento .....	31
4.2. Pronóstico .....	38
Conclusiones .....	40
Referencias bibliográficas .....	45

## INTRODUCCION

La fobia escolar no es un problema nuevo, ya que desde principios de siglo se han venido reportando casos de niños que se han rehusado ir a la escuela.

Sin embargo, con el paso del tiempo este problema ha ido acrecentándose y actualmente la incidencia de casos ha hecho de este trastorno un problema común en la psiquiatría infantil.

A pesar de esto, la familia del niño fóbico a la escuela ha sido poco estudiada en investigaciones epidemiológicas. Además, se ha encontrado que los roles, los límites, los perfiles de los padres, las jerarquías, etc. , frecuentemente son disfuncionales. No obstante, el investigador encuentra suma dificultad al tratar de unificar criterios diagnósticos para poder llegar a conclusiones que le ayuden a dar un tratamiento integral a estos casos.

Algunos de los motivos que llevaron a la autora de esta monografía a investigar un poco más acerca del tema, surgieron al observar en la práctica la frecuencia con la que se suscita el síndrome de Fobia Escolar, el cual se ha visto que en algunas ocasiones es confundido con otros desordenes y en otras no ha sido identificado como tal, ya que con frecuencia la gente tiene un concepto erróneo acerca de éste.

Además, dicha autora ha observado que también la familia podría jugar un papel muy importante en la presencia de éste síndrome, por lo tanto, estas fueron las razones por las cuales la autora se interesó en estudiar los patrones de interacción familiar que existe en los niños con fobia escolar.

Este trabajo es una revisión bibliográfica que tiene como objetivo dar a conocer el síndrome de fobia escolar y los patrones de interacción que existen en las familias del niño con fobia a la escuela.

Cabe señalar que este trabajo no tiene por objeto hacer una revisión psicoanalítica del tema. Sin embargo, esto podría ser el foco de estudio de un trabajo posterior.

Esta monografía dá inicio con la revisión de los antecedentes históricos, en donde además se mencionan las diferentes clasificaciones o tipos de fobia escolar que existen. En seguida, se expone un cuadro diagnóstico, para posteriormente hablar acerca de la familia del niño fóxico a la escuela y mencionar los perfiles de sus miembros. Cerrando finalmente el tema al hablar acerca de los diferentes tratamientos que pueden ser utilizados como la psicoterapia individual, de pareja, de familia, tratamiento residencial, programas de modificación de conducta, farmacoterapia e hipnosis, así como también el pronóstico esperado.

Para finalizar se dará una pequeña conclusión acerca de la información contenida en este trabajo.

En los últimos 10 años las investigaciones bibliográficas acerca de la familia del niño con fobia escolar han sido escasas, además se han realizado muy pocos estudios acerca de la relación que existe entre la fobia escolar y el patron de interacción familiar, por lo tanto, esto podría considerarse una limitante de la presente monografía.

# CAPITULO 1

## ANTECEDENTES

### 1.1. Antecedentes históricos.

El síndrome de fobia escolar se ha estudiado desde varios puntos de vista. Sin embargo, para propósitos del presente trabajo se definirá como un trastorno emocional, que se caracteriza por una gran ansiedad que incapacita al niño a ir a la escuela, debido al intenso miedo que experimenta en ella (Johnson, Falstein, Szurek y Svendsen, 1941:703 ; Kaplan y Sadock, 1989:1322; Huffington y Sevitt, 1989:354; Last y Strauss, 1990:31).

A pesar de la frecuencia con que esto sucede, se ha escrito poco acerca de este síndrome (Johnson y cols., 1941:709).

No obstante, revisando un poco la literatura se encontró que desde 1911 Jung reportó un caso de una niña de once años, quien tuvo que dejar la escuela debido a que presentaba náuseas, y se rehusaba asistir a la escuela (Malmquist, 1965:294).

Más tarde en 1932, la Dra. Isra T. Broadwin discutió este problema en su escrito titulado "Una Contribución al estudio de la ausencia escolar", en el cual se describió por primera vez los elementos psiconeuróticos de la negativa para asistir a la escuela, declarando que la ausencia escolar era consistente y su razón incomprensible, notó además que algunos niños tenían miedo de la escuela, del maestro o de que algo malo le fuera a suceder a la madre en su ausencia (Johnson y cols., 1941:703; Malmquist, 1965:296; citado en Pilkington y Piersel, 1991:290).

Sin embargo, no fue sino hasta 1941 que Adelaide M. Johnson y cols. utilizaron por primera vez el término "fobia escolar", quienes además la clasificaron como un



desorden psiconeurótico (Malmquist, 1965:296; Shaw, 1969:251; citado en Pilkington y Piersel, 1991:290).

Para Shaw (1969:253) la negativa para asistir a la escuela, es una forma por medio de la cual el niño comunica angustia.

Mientras que para Crowell y Walters (1990) es una manifestación de ansiedad y depresión (citado en Pilkington y Piersel, 1991:290).

Por otra parte, se ha encontrado que el síntoma inicial más común en la ansiedad de separación es la negación del niño a ir a la escuela, por lo tanto, algunos han preferido llamarla: fobia escolar (Kanner, 1976:632).

Otros autores de la talla de Haylett (1956), Johnson (1956,1957), Kanner (1976:632), Achenback (1982), Papalia y Olds (1988:334), han considerado que la fobia escolar es una ansiedad de separación, ya que han encontrado que los niños con este síndrome temen más a la separación de los padres que a la escuela en sí, por eso es que prefieren quedarse en casa principalmente con la madre (citado en Coolidge, Tessman, Waldfogel y Willer, 1962:319; citado en Pilkington y Piersel, 1991:290).

No obstante, para Goldenberg y Goldenberg (1970) los niños con fobia a la escuela, no solo le temen a la separación de la madre, sino también al contexto escolar (citado en Pilkington y Piersel, 1991:290).

En estos casos los factores ambientales deben ser considerados seriamente. Hersov en 1960 (citado Pilkington y Piersel 1991:296) y Shaw (1969:252 y 253) mencionan algunos factores como : tener un maestro sarcástico, un compañero "valentón" que constantemente lo agrede, una capacidad intelectual limitada, etc. como algunas de las situaciones reales que pueden ser consideradas para el diagnóstico.

Además, Shaw (1969:253) agregó que algunos autores consideran que la fobia escolar se manifiesta en el niño como una ansiedad de separación que más tarde se desplaza hacia algún aspecto de la situación escolar.

Por su parte, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM III-R) ha clasificado la fobia escolar dentro del trastorno por angustia de separación, ya que la ansiedad es el fenómeno clínico que más predomina en este tipo de trastorno (American Psychiatric Association, 1987:72), y a pesar de ser una forma de fobia el DSM III-R al igual que Kaplan y Sadock (1989) no la clasifican dentro de los trastornos fóbicos, debido a que posee perfiles únicos y va asociada a la niñez (American Psychiatric Association, 1987:72; Kaplan y Sadock, 1989:1744).

Sin embargo, es importante señalar que no todos los casos de rechazo escolar son debidos a la angustia de separación, generalmente estos casos se caracterizan por el rechazo del niño a ir a la escuela debido al miedo que le provoca el contexto escolar, a pesar de ser acompañado por alguno de sus padres, esta es la llamada "auténtica fobia escolar" por Kaplan y Sadock (1989), la cual también puede presentarse en los adolescentes. En cambio, cuando el rechazo escolar se debe a la ansiedad de separación el niño no sólo rechaza ir a la escuela sino que también evita otras situaciones sociales (American Psychiatric Association, 1987:72; Kaplan y Sadock, 1989:1745; Last y Strauss, 1990:31 y 34).

Por otra parte y tomando en cuenta otro punto de vista Gordon y Young (1976), Atkinson, Quarrington y Cyr (1985) basandose en la teoría del aprendizaje consideraron que la fobia escolar es una respuesta condicionada aprendida por el miedo a perder a la madre; además, Yates (1970) declaró que al ser separados estos niños de sus padres se produce en ellos un aumento en la ansiedad debido a un reforzamiento anterior de esta conducta, la cual está dirigida a traer de regreso a sus padres y también es debido a una falta de reforzamiento por parte de los compañeros (citado en Pilkington y Piersel, 1991:292).

Garvey y Hegrenes (1966) encontraron que estos niños son verbalmente condicionados por el miedo de "perder a la madre" ocasionado por los frecuentes comentarios de la madre con respecto a abandonarlo; por lo tanto, la escuela es el estímulo neutral que se condiciona verbalmente por la idea de "perder a la madre", y debido a esta asociación el niño se rehusa ir a la escuela, ya que además al quedarse en casa baja su nivel de ansiedad, la cual se refuerza negativamente, teniendo como ganancia secundaria la atención de la madre, el juego, la televisión, etc., pero al dejar de asistir a la escuela también se refuerza la respuesta de fobia escolar (citado en Pilkington y Piersel, 1991:293).

Por consiguiente, la fobia a la escuela puede traer consecuencias importantes a corto y largo plazo (Last y Strauss, 1990:31), por lo tanto, debe ser atendida de inmediato, ya que de lo contrario el niño puede dejar de asistir a la escuela por largos períodos y de ser así cada vez le será más difícil incorporarse a ella (Johnson y cols., 1941:703; Papalia y Olds, 1988:335), por lo que sus daños sociales y educativos serán más graves y su tratamiento aún más difícil (Kaplan y Sadock, 1989:1322).

## **CAPITULO 2**

### **FOBIA ESCOLAR**

#### **2.1. Epidemiología.**

La fobia escolar es un problema que se presenta con frecuencia (Hersov, 1960:137).

Last y Strauss (1990:31) así como también el Dr. Shaw (1969:252) consideraron que en algunas Clínicas infantiles se presentan de dos a ocho niños con fobia escolar por cada 100 pacientes; sin embargo, esta cifra parece ir en aumento.

Aproximadamente el 1% de los niños en general que asisten a la escuela padecen este síndrome (Last y Strauss, 1990:31).

Es común que se presente en los primeros años escolares pero es más serio cuando aparece en la adolescencia o perdura hasta ella (Shaw, 1969:252).

No obstante, Fogelman, Tibbenham y Lambert (1980) consideraron que la ausencia escolar es un problema que se acrecenta en los adolescentes, ya que encontraron que la tasa promedio de ausencia escolar injustificada en los niños de educación primaria es del 1%, misma que se incrementa en la educación secundaria, llegando a ser del 12% (citado en Huffington y Sevit, 1989:353).

Así mismo, Baker y Willis (1978), Chazan (1962), Last, Francis, Hersen, Kazdin y Strauss (1987), Morgan (1959) encontraron en sus investigaciones que la fobia escolar sucedía con mayor incidencia entre los 11 y 13 años de edad (citado en Pilkington y Piersel, 1991:295).

A su vez, Last y Strauss (1990:34) refirieron que era más frecuente en niños de 10 años y un poco mas grandes, aunque pudiera presentarse a cualquier edad.

Por lo tanto, se ha considerado que la edad de aparición puede ser entre los 5 y 15 años (Papalia y Olds, 1988:335). Apareciendo con la misma frecuencia en niños y niñas (American Psychiatric Association, 1987:74; Last y Strauss, 1990:34; Papalia y Olds, 1988:335; Shaw, 1969:252).

Sin embargo, los niños entre tres y seis años es más probable que muestren una ansiedad de separación debido a las luchas edípicas, mientras que las niñas que han tenido relaciones dependientes e intensas con sus madres tienen mayor probabilidad de desarrollar la ansiedad de separación (Kaplan y Sadock, 1989:1743).

Por su parte, Last y Strauss (1990:34), Papalia y Olds (1988:335) consideraron que estos niños provienen de diversas clases sociales o niveles socioeconómicos. Sin embargo, Papalia y Olds (1988:334) agregaron que algunas veces se presenta con mayor frecuencia en clases profesionales.

## **2.2. Tipos de fobia escolar.**

La fobia escolar ha sido clasificada y ordenada en diversos tipos según su sintomatología aparente y su gravedad, ya que se encontró que la finesa en el diagnóstico traía consigo un mejor pronóstico y tratamiento para cada caso (Shaw, 1969:252; Pilkington y Piersel, 1991:291). Por lo que es importante mencionar que existen diversos tipos de negativa para asistir a la escuela, ya que existen casos que son muy claros y casos que requieren tratamiento intensivo (Johnson, 1941:709), pero también es necesario considerar las excepciones, en donde no se puede clasificar la patología del niño en ningún tipo preestablecido, ya que cada caso es individual así como también lo es su explicación y tratamiento (Shaw, 1969:252).

Para Kelly (1973) las formas y los grados de fobia escolar varían según la edad y el nivel de madurez de cada niño (citado en Pilkington y Piersel, 1991:291).

Uno de los pioneros en clasificar la fobia a la escuela en diversos tipos fué, Coolidge (1957), quien distinguió dos grupos: "neurótico" y "caracterológico" (citado en Pilkington y Piersel, 1991:291).

1.- tipo "neurótico": para dicho autor, los niños que quedan dentro de este grupo presentan un comienzo agudo y se caracterizan por una conducta dependiente; por su parte Papalia y Olds (1988:335) agregaron que está compuesto por niños de kinder a cuarto grado; además, Coolidge (1957) al igual que Atkinson y cols. (1985), Papalia y Olds (1988:335) consideraron que estos niños funcionan adecuadamente en otras situaciones de la vida fuera de la escuela (citado en L. Atkinson, Quarrington y F. Atkinson, 1989:191; citado en Pilkington y Piersel, 1991:291).

2.- Tipo "caracterológico": tanto Coolidge (1957) como Papalia y Olds (1988:335), ambos por su parte han considerado que este grupo está compuesto por lo general por adolescentes jóvenes y su comienzo es de forma gradual, pero su perturbación es mayor, ya que además Coolidge (1957) refirió indicaciones de patología emocional en estos niños desde edades anteriores, por lo tanto consideró deficiente su capacidad adaptativa. Por su parte Atkinson y cols. (1985) agregaron que estos niños presentaban características de timidez y temerosidad a la escuela como también a muchas otras situaciones de la vida social, completando así la panorámica del perfil del niño con un problema de fobia a la escuela (citado en Atkinson y cols., 1989:191; citado en Pilkington y Piersel, 1991:291).

Para Shaw (1969:252) la clasificación de Coolidge distingue dos grupos: uno que se presenta en la niñez y el otro en la adolescencia.

Mientras que Malmquist (1965:302) consideró que ambos grupos no eran distintos sino que mas bien eran parte de una continuación.

A partir de esta primera clasificación aportada por Coolidge surgieron otras. No obstante, algunos autores han estado de acuerdo con esta clasificación, solo que los nombres varían. Por ejemplo, Baker y Willis (1978) los llama: "agudo" y "crónico".

Mientras que Kennedy (1965) los nombra: "Tipo 1" y "Tipo 2" (citado en Pilkington y Piersel, 1991:291).

Last y cols. en 1987 (citado en Last y Strauss, 1990: 31 y 34) por sus investigaciones clasificaron a los niños que se rehusan ir a la escuela en dos subgrupos:

1.- Rechazadores a la escuela - ansiosos por la separación: dichos investigadores consideraron que estos niños se rehusaban ir a la escuela por miedo a ser separados de la madre, además era probable que sus madres tuvieran un historial de problemas de rechazo escolar.

2.- Rechazadores a la escuela - fóbicos: estos niños se negaban ir a la escuela debido a que tenían miedo a un aspecto específico del ambiente escolar, se presenta a una edad tardía y el problema es más severo.

Sin embargo, otros autores como Kahn y Nursten en 1962 (citado en Shaw, 1969:252 y 253) han preferido clasificarlos en tres grupos diferentes según la intensidad con que se presenta:

1.- El "neurótico", que se caracteriza por la presencia de una fuerte ansiedad.

2.- Los "trastornos del carácter", en el cual, los síntomas más comunes son: estallido de ira, discusión y desobediencia.

3.- La "psicosis infantil", que se caracteriza por una intensa ansiedad y en los casos de esquizofrenia puede haber tendencias paranoides contra los compañeros o miembros de la escuela.

Por otra parte, Marine en 1968 (citado en Pilkington y Piersel, 1991:291 y 295) se interesó en clasificar la fobia escolar en cuatro grupos, abarcando así desde la normalidad hasta la patología más severa:

1.- Llamado "ansiedad de separación", el cual se presenta en los niños pequeños cuando ingresan por primera vez a la escuela, manifestandose a través de llanto y





dependencia, que se aminorizan al cabo de unas semanas; por lo tanto, no debe ser considerada una forma de fobia escolar.

2.- "Medio agudo", está compuesto por niños que ya han asistido a la escuela y comienza de manera repentina, este grupo es semejante al tipo "neurótico" de Coolidge.

3.- "Severo crónico", se manifiesta gradualmente y después se intensifica, se asemeja al grupo "caracterológico" de Coolidge.

4.- Los síntomas de este cuarto grupo son parte de una psicosis infantil.

### **2.3. Sintomatología.**

A través del tiempo la perspectiva de estudio de la fobia escolar ha tenido cambios cada vez más específicos, ya que en el pasado el conjunto de síntomas era estudiado desde lo descriptivo y ahora ha pasado a explicaciones dinámicas.

Se ha observado que el síntoma más sobresaliente en la fobia escolar es la ansiedad (Shaw, 1969:252).

Además, algunos autores como Hersov (1972) y Johnson (1941) consideraron que el síntoma principal en toda fobia escolar es el rechazo del niño a ir a la escuela o a permanecer en ella (citado en Pilkington y Piersel, 1991:291).

Sin embargo, Hersov (1972) agregó que algunos síntomas pueden variar según la edad en la que aparece, por ejemplo, en los niños más pequeños puede presentarse en el momento en que ingresan al kinder por primera vez y los síntomas que se observan son el llanto y la dependencia del niño con la madre; en cambio, cuando se presenta en los niños grandes se observa en ellos un intenso temor cuando están en la escuela o cuando piensan en ella (citado en Pilkington y Piersel, 1991:291).

Los síntomas somáticos que se presentan con mayor frecuencia provienen generalmente del aparato digestivo, algunos de estos son:

- dolor de abdomen

- ✓• náuseas
- ✓• vómito
- ✓• diarrea
- ✓• dolor de cabeza
- ✓• irritación de la garganta
- ✓• síntomas de resfriado
- ✓• sueño
- ✓• sollozos

Y en los niños más grandes pueden presentarse:

- ✓• síntomas cardiovasculares
- ✓• palpitaciones
- ✓• mareo
- ✓• vértigo

Además, estos síntomas se presentan por lo general en las mañanas al despertar, antes de que el niño sea conducido a la escuela, aunque en algunas ocasiones pueden presentarse cuando el niño ya se encuentra en ella (American Psychiatric Association, 1987:72; Davidson 1960, Hersov 1960, Kennedy 1965, citado en Pilkington y Piersel, 1991:291; Hersov, 1960:140; Kaplan y Sadock, 1989:1745; Papalia y Olds, 1988:335; Shaw, 1969:252).

Por su parte, Shaw (1969:252) agregó que estos síntomas se observan por lo general después de un día festivo y debido a que es indudable el malestar del niño así como también la ansiedad y el temor, en la mayoría de las ocasiones logra quedarse en casa bajo el cuidado de su madre.

Investigaciones de Hersov (1972), Waldfogel, Coolidge y Hahn (1957) reportaron que las quejas de los niños no se presentan durante el fin de semana, los días de fiesta ni en las vacaciones de verano; además, dichos autores al igual que

Papalia y Olds (1988:335) refirieron que estas quejas desaparecen después de que el niño consigue quedarse en casa (citado en Pilkington y Piersel, 1991:291).

Hersov (1960:140) agregó que con frecuencia a estos niños se les observa pálidos, temblorosos, con mucho miedo y sudorosos ante situaciones de tensión.

Para Malmquist (1965:295) los síntomas físicos del niño, son el medio a través del cual manifiesta la existencia de un problema.

Por otro lado, Johnson y cols (1941:702) mencionaron la existencia de tres factores principales que han sido observados en la fobia escolar, los cuales son:

- A) Presencia de una intensa ansiedad en el niño.
- B) Incremento de la ansiedad en la madre.
- C) Pobre resolución de la dependencia del niño con su madre.

Por otra parte, Berg y cols. (1969) mencionaron que los niños que presentan los siguientes cuatro criterios diagnósticos son considerados niños con fobia escolar:

- 1) El niño presenta una severa dificultad para asistir a la escuela.
- 2) Un desequilibrio emocional cuando se enfrenta a ésta.
- 3) Cuando consigue quedarse en casa lo hace bajo el consentimiento de los padres.
- 4) No presenta desórdenes antisociales significativos

(citado en Atkinson y cols., 1989:192; Huffington y Sevit, 1989:354).

Por su parte American Psychiatric Association (1987:71 y 73) y Kaplan y Sadock (1989:1744 y 1745) consideraron como rasgo esencial en la fobia escolar, la presencia de una intensa ansiedad cuando el niño se separa de sus padres, mostrando incluso conductas de queja, irritabilidad y problemas de alimentación, los cuales se intensifican con la edad; agregaron que con frecuencia pueden expresar temor a la oscuridad, así como también deseos de muerte, tristeza, llanto y depresión.

Además diversos autores como Agras (1959), Baker y Willis (1978), Bernstein y Garfinkel (1986), Davidson (1961), Hersov (1960), Kolvin (1984), McDonald y

Sheperd (1976), Tisher (1983) y Waldron (1975) también encontraron síntomas depresivos en los niños con rechazo escolar (citados en Bernstein, Garfinkel y Borchardt, 1990:773).

Por lo tanto, los niños con fobia a la escuela pueden presentar tanto síntomas de depresión así como también de ansiedad (Bernstein y cols., 1990:773).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM III-R) clasifica la fobia escolar dentro del trastorno por angustia de separación considerando para el diagnóstico por lo menos tres de los nueve síntomas mencionados en dicho manual, los cuales deben estar presentes mínimo durante dos semanas, sin poder ser explicados por la presencia de otro trastorno mental y su comienzo debe ser antes de los 18 años (American Psychiatric Association, 1987:74 y 75).

Estos nueve síntomas son resumidos por Kaplan y Sadock (1989:1745) en cuatro puntos centrales que son los siguientes:

Kaplan y Sadock (1989:1745) basandose en el DSM III-R elaboraron un cuadro diagnóstico resumiendo los nueve síntomas en cuatro puntos centrales:

- 1) Miedo persistente en el niño de que algo malo le sucediera a él o a una figura importante para él.
- 2) Intenso malestar al ser separado de los objetos y del ambiente familiar.
- 3) Malestar poco usual cuando viaja lejos de las personas vinculadas.
- 4) Reacciones fóbicas ante nuevas situaciones.

Además, agregaron que dichos síntomas deben presentarse por lo menos durante un mes sin la explicación de otro trastorno mental.

Algunos autores como Coolidge (1957), Davidson (1960), Eisenberg (1958), Estes, Haylett (1965), Johnson (1941, 1965) y Kelly (1973), han estado de acuerdo con el punto de vista psicoanalítico al considerar que la madre es ambivalente hacia el niño y lo anima a la sobredependencia, esta relación crea hostilidad reprimida en

la madre y en el niño. La hostilidad en la madre crece a causa de la dependencia fomentada en el niño, además la conduce a sentir culpa, misma que se manifiesta en la sobreprotección hacia el niño; a su vez, la hostilidad en el niño crece como el resultado de su resentimiento inconsciente por la sobreindulgencia maternal. Tal dependencia y hostilidad en el niño inhiben el desarrollo del ego y su ansiedad llega a ser desplazada al profesor o a la escuela. Por lo tanto, la fobia escolar se manifiesta en el niño como el resultado de una relación dependiente no resuelta entre la madre y el niño creada por una relación similar entre la madre y su madre (citado en Pilkington y Piersel, 1991:292).

#### **2.4. Causas.**

El síndrome de fobia escolar puede surgir en el momento en que el niño es separado de sus padres debido a que ingresa a la escuela (Kaplan y Sadock, 1989:1743).

Algunos autores como Estés en 1965 (citado en Pilkington y Piersel, 1991:295) , Kaplan y Sadock (1989:1744) consideraron que los padres pueden transmitir patrones conductuales y afectivos a sus hijos como la ansiedad, ya que ésta es transmitida por la madre según la teoría de la ansiedad de separación. Sin embargo, Coolidge (1957) refirió que si esto fuera así todos los niños en la familia mostrarían fobia escolar y sólo en pocos estudios se han reportado síntomas de fobia a la escuela en los hermanos, uno de estos estudios fué realizado por Skinner en 1974 quien reportó que esos casos fueron el resultado de un conflicto de autoridad no resuelto con el padre (citado en Pilkington y Piersel, 1991:295).

La etiología de la fobia escolar comprende tres factores:

- 1) El factor genético-hereditario
- 2) El factor del medio ambiente
- 3) El factor psicológico

(Kaplan y Sadock, 1989:1744; Shaw, 1969:253).

Shaw (1969:253) consideró este factor genético-hereditario, ya que encontró que puede existir una predisposición biológica en el individuo, así mismo Kaplan y Sadock (1989:1744) también consideraron la posibilidad de que exista una base genética aunque ésta no sea la principal determinante de la fobia escolar.

Atkinson y cols. (1989:191) encontraron en sus investigaciones que en ocasiones el nacimiento del niño con fobia a la escuela fué difícil.

Con respecto al factor del medio ambiente, el aprendizaje ha sido centro de discusión ya que existen puntos controversiales, que abarcan opiniones como la de Hampe, Miller, Barret y Noble (1973) y Hersov (1960), quienes señalaron que los niños con fobia escolar tienden a ser estudiantes logrados-promedio en la escuela (citado en Pilkington y Piersel, 1991:292), hasta opiniones contrarias como la de Chazan (1962) quien por su parte, encontró en sus estudios que más de la mitad de los niños con fobia escolar experimentaban "retardo educacional", por lo que consideró que éste podría ser también un factor causal en el desarrollo de este síndrome (citado en Pilkington y Piersel, 1991:297).

Por lo tanto, se consideró que los niños con fobia a la escuela pueden mostrar desde una inteligencia alta o promedio hasta una inteligencia baja, la cual podría ocasionar en el niño un desempeño académico pobre, quien además puede correr el riesgo de reprobado por lo menos un año escolar (Atkinson y cols., 1989:191).

Hersov (1960:140) mencionó algunas de las explicaciones que los niños daban acerca del porque no querían asistir a la escuela, las más comunes son:

- A) Miedo de que algo malo le pasara a la madre durante su ausencia.
- B) Miedo a una maestra estricta o sarcástica.
- C) Miedo al ridículo o a ser el objeto de burlas.
- D) Miedo al fracaso escolar.

Así mismo, Atkinson y cols. (1985) encontraron en sus estudios que la fuente del miedo variaba en cada niño, ya que algunos son miedosos en general, mientras que a otros les atemoriza la separación materna, el fracaso escolar o la escuela en general (citado en Atkinson y cols., 1989:191).

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1987), Coolidge y cols. (1962:326), Hersov (1960:140), Kaplan y Sadock (1989:1745) han considerado que dicho trastorno suele aparecer después de un episodio estresante de la vida, por lo tanto, los factores precipitantes más comunes son:

- A) Cambio de ambiente, ya sea a una nueva escuela o casa.
- B) Muerte, enfermedad o abandono de uno de los padres.
- C) Alguna intervención quirúrgica o accidente que llevaron al niño a estar un tiempo en el hospital o en casa.

(American Psychiatric Association, 1987:74).

También existen otros casos en los que no se ha encontrado un factor precipitante (Hersov, 1960:140).

Waldfogel de acuerdo a sus estudios reportó que rara vez se han encontrado antecedentes de sucesos traumáticos en la vida del niño (citado en Shaw, 1969:253).

Dentro del factor psicológico, Klein (citado en Kanner, 1976:632) señaló de acuerdo a sus investigaciones que los motivos más importantes de la ausencia escolar son la ansiedad y las ventajas secundarias. La ansiedad según Waldfogel (citado en Shaw, 1969:253) se origina en el temor del niño de verse separado de su madre. Sin embargo, Klein encontró que aparentemente la ansiedad está relacionada con el miedo al maestro, a los compañeros o al fracaso escolar, pero que la causa fundamental es la distorsión en la relación madre-hijo, como por ejemplo, el aferramiento del niño hacia una madre desafecta y perfeccionista, el temor de que en su ausencia ocurran cosas terribles, o que su hermanito rival acapare la atención de la madre (citado en Kanner, 1976:632 y 633). Además, Waldfogel agregó que el

niño no se siente capaz de enfrentar por sí mismo estos peligros emocionales, por lo que su ego inadecuado requiere la presencia y ayuda de sus padres (citado en Shaw, 1969:253 y 254).

Tanto Coolidge y cols. (1962:326) como Johnson y cols. (1941:708) han encontrado que en la mayoría de los casos la fobia escolar es precipitada por dos eventos que ocurren simultáneamente. Uno de ellos ocurre en el niño, quien experimenta una ansiedad severa producida por una enfermedad orgánica o alguna situación externa que despierta el conflicto. El otro ocurre en la madre, quien debido a conflictos por infelicidad conyugal, deprivación económica, etc. se siente abandonada y sin ayuda; por lo tanto, la coincidencia de estos dos eventos los refuerza y los regresa a un período temprano de satisfacción mutua, ya que hay una relación dependiente pobremente resuelta entre el niño y la madre (Coolidge y cols., 1962:326; Johnson y cols., 1941:708).

La ambivalencia de la madre y la dependencia fomentada en el niño desencadenan fuertes sentimientos agresivos, transformándose el enojo del niño en ansiedad por la pérdida de la madre y a medida que aumenta la ansiedad a el niño le es más difícil separarse de la madre (Coolidge y cols., 1962:326).

El miedo del niño a ser abandonado por sus padres incrementa sus fantasías agresivas, las cuales son experimentadas como demasiado peligrosas, por lo tanto, el niño se defiende regresando a la dependencia materna mientras desplaza el enojo y sus deseos hostiles hacia el mundo exterior que en este caso es la escuela (Coolidge y cols., 1962:630).

## **2.5. Complicaciones.**

La fobia escolar puede traer consecuencias a largo plazo, algunos autores como Berg y cols. (1964, 1976), Waldron (1976) y Warren (1960) señalan las siguientes:

- Puede existir un mayor riesgo de padecer una enfermedad psiquiátrica posterior.



- Puede presentar dificultades para adaptarse.
- Puede existir un desequilibrio social.

(citado en Last y Strauss, 1990:31).

Las complicaciones más frecuentes que menciona el DSM III-R son las dificultades académicas y la evitación social (American Psychiatric Association, 1987:73).

Por su parte Kaplan y Sadock (1989:1744 y 1745) consideraron para los trastornos de larga duración en donde existe una ansiedad crónica la posibilidad de que la persona desarrolle:

- Síntomas psicofisiológicos.
- Alteraciones de las respuestas físicas.
- Pautas de personalidad distorsionada (tics, movimientos corporales anormales, pérdida de peso y energía).
- Y en los casos graves el niño puede volverse violento cuando alguien intenta forzarlo asistir a la escuela.
- Además, dichos autores señalan que debido a las frecuente quejas somáticas los niños son sometidos continuamente a exámenes físicos, lo cual puede producir una profunda preocupación corporal (Kaplan y Sadock, 1989:1745).

Para Berg y cols. (1969), Chazan (1962) y Hersov (1972) el rechazo escolar ha sido algunas veces asociado con: aflicción emocional, rompimiento familiar, relaciones inadecuadas, desempeño pobre en la escuela con posible fracaso (citado en Last y Strauss, 1990:31).

Algunos investigadores como Gittelman y Last (1989), Last y Francis (1988) han encontrado que el rechazo a la escuela por ansiedad puede estar asociado con desórdenes de ansiedad en la niñez (citado en Last y Strauss, 1990:31).

Bernstein y Garfinkel en 1986 (citado en Bernstein y cols.,1990:773), Last y Strauss (1990:34) mencionan dos de los desórdenes de ansiedad que con frecuencia son asociados con rechazo escolar:

- 1) Desorden de ansiedad de separación
- 2) Desorden de ansiedad excesiva.

Por su parte, El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales menciona que la fobia escolar con ansiedad de separación debe ser diferenciada de los siguientes trastornos:

- A) Trastorno por ansiedad excesiva
- B) Trastornos generalizados del desarrollo
- C) Depresión mayor de la niñez
- D) Crisis de angustia con agorafobia
- E) Trastorno de la conducta

(American Psychiatric Association, 1987:74).

En ocasiones la fobia escolar ha sido asociada con el síndrome de Tourette (TS) o confundida con la " vagancia" (Truancy); por lo tanto, se consideró importante mencionar algunas de las características generales que identifican a ambos trastornos y que los diferencian de la fobia a la escuela.

### **Síndrome de Tourette (TS).**

El síndrome de Tourette es un desorden neuropsiquiátrico complejo que se presenta desde la niñez comenzando con tics vocales y motores involuntarios y pensamientos y acciones compulsivos (Sverd, 1988:31).

Existen casos en los que el individuo manifiesta alguno(s) de los siguientes síntomas: ataques de pánico con respiración agitada, palpitaciones, hiperventilación, sueño, dolores de estómago, miedo a vomitar y no poder parar, preocupación por una frecuente necesidad de ir al baño, aclaración de la garganta, rabieta y algunas

veces hasta miedo a morir, por lo que se rehusan ir a la escuela y piden permanecer en casa (Plapp, 1990:149 y 150; Sverd,1988:32).

### **"Vagancia" (Truancy).**

La vagancia es definida generalmente como la ausencia escolar con o sin el consentimiento de los padres, además de ser asociada con características de un desorden de conducta, como por ejemplo: robo, mentira, vagancia, destrucción y/o delincuencia (Huffington y Sevitt, 1989:354; Malmquist, 1965:295).

Diversos autores como Gordon y Young (1976), Hersov (1960,1977), Malmquist (1965:295), Waller y Eisenberg (1980) mencionan algunas de las características que identifican a estos niños:

- pasan gran tiempo fuera de casa
- intentan ocultar su falta de asistencia a la escuela
- raramente muestran quejas somáticas
- asisten a la escuela intermitentemente, ya que con frecuencia se van de pinta en busca de diversiones
- tienden a mostrar pobre progreso académico y conducta antisocial
- se revelan contra las figuras de autoridad
- en ocasiones los rasgos de carácter de la personalidad masculina son la rebelión y frecuentes problemas de identidad, mientras que los femeninos son: reñidoras, insolentes y marimachas (citado en Pilkington y Piersel, 1991:292).

Con respecto a los padres de los niños "vagos" Malmquist (1965:295) consideró que le toman poca importancia al asunto, además Farrington (1980) señaló que con frecuencia dan una educación pobre al niño, agregando Tyerman (1968) que por lo general los golpean (citado en Huffington y Sevitt, 1989:354).

Johnson y cols. (1941:708) así como también Malmquist (1965:295) ambos por su parte refirieron que el niño vago es frecuente que perciba menos amor de sus

padres de lo que comunmente es esperado, ya que además Malmquist (1965:295) agregó que muchos de estos niños son rechazados por sus padres y algunos hasta han tenido experiencias de ausencia materna o paterna.

Por su parte Farrington (1980) y Tibbenham (1977) reportaron que existe una mayor incidencia de vagancia en los grupos que provienen de un nivel socioeconómico bajo (citado en Huffington y Sevitt, 1989:354).

## CAPITULO 3

### PATRON FAMILIAR

#### **3.1. Patrones de interacción familiar.**

Es importante aclarar los patrones de interacción familiar que existen en la "familia fobogénica".

Malmquist (1965) llamó "familia fobogénica", a las familias disfuncionales en las cuáles existe un miembro fóbico a la escuela (citado en Bernstein y cols., 1990:24).

Un estudio realizado por Huffington y Sevitt (1989:366) sugirió que existe un patrón distinto de interacción en las familias con un adolescente fóbico que en las que no presentaban éste síndrome.

Por otra parte, el incremento en las familias con integrantes que sufren de éste síndrome ha sido la casua de múltiples investigaciones.

Goldberg (1953), por su parte realizó un estudio con 17 familias de niños con fobia escolar y encontró que sólo dos de ellas se aproximaban hacia una familia satisfactoria (citado en Malmquist, 1965:300).

Así mismo Malmquist (1965:298) refirió en un estudio con 12 familias de niños fóbicos a la escuela, que las madres de dichos niños reportaron que 11 de ellas no tenían armonía matrimonial.

Atkinson y cols. (1989:191) y Papalia y Olds (1988:336) señalaron que las relaciones maritales por lo general son pobres, pero que a pesar de esto el matrimonio en muchos casos permanece intacto.

En una investigación realizada por Bernstein y Garfinkel en 1986b acerca del funcionamiento familiar, se encontró una disfunción en la relación madre-hijo

principalmente en las familias de pacientes externos con fobia escolar y en las familias de un solo padre (citado en Bernstein, Svingen y Garfinkel, 1990:24).

Por su parte Newell (1934,1936), Levy (1943) y Jacobsen (1948) consideraron que mientras algunos padres juegan un rol dominante y firme, las madres se comportan inseguras y sobreindulgentes con los niños (citado en Hersov, 1960:139). Por lo que dichos autores al igual que Papalia y Olds (1988:336) y Waldron (1975) señalaron que en estos casos los niños fóbicos a la escuela reciben una disciplina inconsistente (citado en Hersov, 1960:139; citado en Huffington y Sevitt, 1989:354). Además, es probable que los padres den mensajes contradictorios a sus hijos con respecto a la atención escolar o a la independencia (Bernstein y cols., 1990:28).

Algunos autores como Choi (1961) y Skinner (1974) consideraron que existe una falla en los padres del niño con fobia escolar para jugar un rol responsable, fuerte y apoyador (citado en Huffington y Sevitt, 1989:354).

Por lo tanto, parece ser que en las familias de niños con fobia a la escuela, los límites entre los roles paternos y los roles de los hijos pueden estar pobremente delimitados (Bernstein y cols., 1990:28). Debido probablemente a que la mayoría de estas familias tienden a establecer vínculos y a ser sobreprotectoras (American Psychiatric Association, 1987:74; Kaplan y Sadock, 1989:1745).

Por eso es que con frecuencia los padres se preocupan demasiado por su niño fóbico a la escuela (Kaplan y Sadock, 1989:1745). Generalmente lo tratan de manera diferente que a sus otros hijos (Huffington y Sevitt, 1989:369); ya que muchos de estos padres están identificados con sus niños fóbicos (Malmquist, 1965:299).

Por otra parte Huffington y Sevitt (1989:366) mencionaron tres posibles relaciones entre la fobia escolar y el patrón de interacción familiar:

1) La fobia escolar puede causar el patrón de interacción familiar; sin embargo, esto no explicaría su etiología.

2) La interacción de la familia puede causar fobia a la escuela, esto significa que la interacción familiar es fija y rígida, que no cambia con los años, por lo tanto, la fobia escolar sería causada por este patrón de interacción y no por otro desorden.

3) La fobia escolar y el patrón de interacción familiar pueden estar interrelacionados en una manera circular, lo cual implica que el patrón particular de interacción mantiene y es mantenido por la fobia a la escuela, por lo que se podría hipotetizar que dicho síndrome viene a trastornar el equilibrio de la familia que ha sido relativamente estable pero que se ha mantenido por mucho tiempo.

Por lo antes mencionado se puede considerar que la fobia escolar tiene gran parte de su génesis en la dinámica familiar; por lo tanto el abordaje del problema debe enfocarse hacia una perspectiva integral.

### **3.2. Tipos de familia.**

Bowlby en 1973 realizó una serie de estudios para tratar de identificar a las familias de niños con fobia escolar. Dichos estudios sugirieron que lo más probable es que durante los primeros años haya existido una relación mutuamente dependiente entre la madre y el niño y una relación marital débil con un padre ausente. Al parecer el adolescente tiene una aparente falta de cercanía con la madre y hostilidad para el padre. Una hipótesis sería que el adolescente fóbico a la escuela no le agrada la relación sobre-estrecha con la madre y por lo tanto hace intentos extraños para separarse de ella. Estos intentos del adolescente pueden conducir a la madre a pedirle al esposo su ayuda para controlar al niño. Sin embargo, también el niño puede esperar que los padres restablezcan su matrimonio y lo dejen libre para crecer. No obstante, si el padre llega a estar en posición opuesta con el hijo, la madre puede reaccionar con ambivalencia (citado en Huffington y Sevitt, 1989:370).

Por otro lado, Voiland y cols. (1962) formularon en base a 888 casos vistos, cuatro categorías de familias con desórdenes que van desde el moderado hasta el más severo disturbio:

1.- La familia perfeccionista: este tipo de familia pone mucho énfasis en prevenir fricciones abiertas y no cometer fallas. Los padres exigen más emocionalmente de ellos mismos y de sus hijos. Un ejemplo clásico, es aquella familia en la cual el padre nunca participa en la disciplina de sus hijos, permite a la madre ser el adulto dominante, nadie lleva quejas al padre debido a que regresa de la oficina "demasiado cansado para hablar" o porque se va a practicar algún deporte con sus amigos. Además, a pesar de que esta familia se encuentra separada y aislada, los vecinos y parientes la consideran como una familia modelo (citado en Malmquist, 1965:306 y 307).

2.- La familia inadecuada: esta familia depende de alentamiento, soporte continuo, guía y ayuda de otros para resolver problemas que las familias ordinarias resuelven por sí mismas. Son familias en donde uno o más de sus miembros funcionan en un nivel mental subnormal, por lo cual la fobia escolar viene a alterar el nivel de ajuste en el cual la familia estaba funcionando (citado en Malmquist, 1965:306 y 307).

3.- La familia egocéntrica: se caracteriza por el egoísmo, ya que los padres siempre tienen la razón, razón por la cual los hijos se enfadan. Además, se distingue por las necesidades narcisitas de ambos padres. Hay dificultades marcadas de control de impulsos en la mayoría de los miembros de la familia, en algunos casos las expresiones abiertas y francas de sentimientos agresivos y sexuales no son tolerados pero sí estimulados. La regla importante en algunos casos es la de "laissez faire". Este desorden no es detectado fácilmente por amigos y vecinos, ya que la mayoría de estas familias no parecen estar tan deterioradas y desordenadas como realmente lo están (citado en Malmquist, 1965:306 y 308).



4.- La familia antisocial: carece de relaciones sociales con otra gente y con el ambiente, más de un miembro está mal ajustado personal y socialmente a un grado tan serio que a menudo están en problemas legales (citado en Malmquist, 1965:306).

Hersov (1960:140) y Malmquist (1965:304), ambos por su parte mencionaron tres tipos de relaciones padre-hijo que pueden existir en las familias de niños fóbicos a la escuela:

A) La madre sobreindulgente, el padre inadecuado y pasivo, ambos dominados por un niño voluntarioso, terco y demandante en la casa, pero tímido fuera de ésta.

B) Una madre severa, controladora y demandante, quien además maneja a sus hijos sin mucha ayuda de su pasivo esposo, el niño es frecuentemente tímido y miedoso fuera de su casa pero pasivo y obediente en ésta con la posibilidad de que se convierta en un puber rebelde y terco.

C) Un padre firme y controlador quien toma gran parte en el manejo de la casa y una madre sobreindulgente la cual es dominada por su niño fóbico, además de tener una relación muy estrecha con él, el niño es terco, dominante y voluntarioso en la casa pero vivaz, sociable y amigable fuera de ésta.

### **3.3. Perfil del niño.**

Hersov (1960:142) consideró que los niños que muestran una ansiedad extrema ante la separación de la madre usualmente son: tímidos, miedosos e inhibidos, ya que poseen una madre sobreprotectora, y a pesar de la hostilidad que siente hacia ella, les cuesta mucho trabajo expresarle sus sentimientos negativos.

Además, dicho autor agregó que existen otros niños, que por lo general son puberes y son: alertas, vivaces y seguros de sí, pero controladores y dominantes con sus madres, pueden mostrar una preocupación por la separación pero a la vez expresan sus sentimientos negativos con desobediencia, crítica y agresión hacia la

madre tanto verbal como físicamente y en ocasiones tienen una ansiedad de castración (Hersov, 1965:142).

Papalia y Olds (1988:335) refirieron que por lo general estos niños son: caprichosos, tercos y exigentes con los padres, pero tímidos e inhibidos fuera de la casa.

Kaplan y Sadock (1989:1745) los describen como: escrupulosos, conformistas y con un afán por complacer.

El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1987) señaló que algunos niños son exigentes, acaparadores y necesitados de atención constante, mientras que otros son escrupulosos, obedientes y fáciles de contentar (American Psychiatric Association, 1987:73).

Por su parte Atkinson y cols. (1989:191) refirieron que los niños con fobia escolar con frecuencia son demandantes y pasivos en la casa, pero extrovertidos y manipuladores fuera de ésta; además, muchos de ellos durmieron más tiempo de lo usual (más de un año) con sus padres.

Dichos autores consideraron que algunos niños pueden actuar impulsivamente en la escuela, debido en parte al miedo que tienen hacia un aspecto específico de la escuela, ya que algunas veces perciben al maestro como "malo", a los compañeros como "duros" y al trabajo de la escuela excesivo (Atkinson y cols., 1989:191).

Para Coolidge y cols. (1962:331 y 332) los niños con fobia escolar tienden a desplazar la agresión que sienten hacia sus padres en sus hermanos, por eso es que pelean y tienen fricciones con ellos; sin embargo, esto no alivia su tensión sino al contrario origina mucha culpa.

Con respecto a la relación del niño con la madre, Berg y McGuire (1971, 1974b) revelaron que existe una relación mutuamente dependiente entre ambos, a lo cual Bowlby (1973) llama: "apegue ansioso" (citado en Huffington y Sevitt, 1989:369).

Algunos autores han encontrado que pueden existir aspectos situacionales, del desarrollo o psicopatológicos en el niño fóbico a la escuela, como por ejemplo:

- Depresión (Agras, 1959)
- Ambivalencia (Davidson, 1960)
- Narcisismo (Weiss y Cain, 1964)
- Eventos traumáticos (Lazarus y cols., 1965)

(citado en Bernstein y cols., 1990:24).

En conclusión se podría decir que no existe un estereotipo del niño fóbico a la escuela, ya que su comportamiento va a depender de la edad en la que se presente la fobia escolar, así como también de la manera en cómo es tratado por sus padres y de su personalidad en sí. Por lo tanto, son muchos los factores que influyen en el comportamiento de estos niños. Además, se pueden comportar de manera distinta en la casa y fuera de ésta. Por eso es que el comportamiento del niño fóbico a la escuela se puede resumir en cuatro tipos diferentes:

#### **En la Casa**

A) Terco, demandante, exigente,  
caprichoso

(Hersov, 1960:140; Malmquist, 1965:304; Papalia y Olds, 1988:335).

B) Pasivo, obediente, fácil de  
contentar, conformista, afán  
por complacer (American  
Psychiatric Association, 1987:73;  
Hersov, 1960:140; Kaplan y Sadock,  
1989:1745; Malmquist, 1965:304).

C) Terco, demandante, voluntarioso,  
caprichoso, acaparador, necesi-

142;Malm-

#### **Fuera de Casa**

A) Inhibido, tímido

B) Tímido y miedoso  
(Hersov, 1960:140;  
Malmquist, 1965:304).

C) Sociable, vivaz y amigable  
(Hersov, 1960:140 y

tado de atención (American Malmquist, 1965:304).

Psychiatric Association, 1987:

73; Hersov, 1960:140; Malmquist, 1965:304).

D) Demandante y pasivos

D) Extrovertidos y manipuladores

(Atkinson y cols., 1989:191).

### **3.4. Perfil de la Madre.**

Atkinson y cols. (1989:191), Papalia y Olds (1988:335) consideraron que las madres de los niños fóbicos a la escuela es probable que hayan sido privadas emocionalmente en la infancia, algunas se sienten incompetentes en el rol maternal por lo que muestran signos de depresión y les faltan intereses fuera del hogar. Dichos autores además de Berg, Nichols y Pritchard en 1969 (citado en Pilkington y Piersel, 1991:294) señalaron que las madres estimulan al niño a la dependencia para poder tener su compañía (Atkinson y cols., 1989:191; Papalia y Olds, 1988:335).

Por su parte, Atkinson y cols. (1989:191), Berg y McGuire (1971, 1974), Bernstein y Garfinkel (1988:70) refirieron que las madres de niños con fobia escolar por lo general son sobreprotectoras (citado en Huffington y Sevitt, 1989:354). Agregando Bernstein y Garfinkel (1988:70), además de Papalia y Olds (1988:335) que con frecuencia también son ambivalentes con su niño fóbico.

Algunas madres han sido descritas como tolerantes e indulgentes, mientras que otras han sido consideradas estrictas y dominantes; no obstante, algunas madres han alternado ambas cosas (Shaw, 1969:253).

Atkinson y cols. (1989:191) y Davidson en 1960 (citado en Bernstein y cols., 1990:24) consideraron que la madre puede ser el padre dominante cuando el esposo es ineficaz, con falta de autoridad o está ausente.

Algunos autores como Berg, Nichols y Pritchard en 1969 (citado en Pilkington y Piersel, 1991:294), Goldberg en 1953 (citado en Malmquist, 1965:300) y Shaw (1969:253) han señalado que algunas madres son ansiosas, narcisistas y neuróticas.

Papalia y Olds (1988:335) por su parte refirieron que las madres algunas veces suelen ser perfeccionistas por lo que se imponen normas elevadas.

Goldberg en 1953 (citado en Malmquist, 1965:300), Papalia y Olds (1988:335) consideraron que usualmente dichas madres han tenido una relación dependiente con su propia madre.

Waldron y cols. (1975) encontraron que gran parte de estas madres consideran al niño como más importante que el padre (citado en Bernstein y cols., 1990:24). Debido quizá a que la madre está identificada con el niño, además de que se preocupa excesivamente por él (Shaw, 1969:253).

Por otra parte, Berg y cols. (1974, 1976), Bernstein y Garfinkel (1988), Britton (1969) y Hersov (1960) consideraron que puede existir la posibilidad de que las madres de niños con fobia escolar sufran un desorden afectivo o de otro desorden psiquiátrico (citado en Bernstein y cols., 1990:29).

### **3.5. Perfil del Padre.**

En un estudio realizado por Jacobsen (1948) con 30 casos se reportó que los padres fueron descritos por sus esposas como :

- pasivos e ineficaces en 12 casos
- activos, ansiosos y temerosos en 11 casos
- y en 7 casos el padre estuvo ausente o no fué mencionado

(citado en Malmquist, 1965:299).

Goldberg (1953) de acuerdo a sus investigaciones reportó que los padres de los niños fóbicos a la escuela pueden comportarse de manera distinta, pero que la mayoría de ellos se sienten inadecuados económicamente y casi la mitad de éstos

padres tuvieron síntomas idénticos a los de su hijo en su niñez (citado en Malmquist, 1965:300).

Además, Papalia y Olds (1988:336) refirieron que muchos de éstos padres no han resuelto las relaciones con sus propios padres. Señalando Atkinson y cols. (1989:191) que algunos fueron deprivados emocionalmente en su infancia.

Eisenberg (1958) consideró que en ocasiones los padres están resentidos con la esposa, ya que ésta lo excluye, y con su hijo por la supuesta preferencia que tiene hacia la madre (citado en Malmquist, 1965:304).

Por su parte, Thompson (1948) encontró que la mayoría de los padres de los niños fóbicos a la escuela son pasivos, dominados por sus esposas y sólo en muy pocos casos son ansiosos y dominantes (citado en Malmquist, 1965:299).

Diversos autores como Atkinson y cols. (1989:191), Malmquist (1965:298), Newell (1934,1936), Levy (1943) y Jacobsen (1948), Papalia y Olds (1988:336) han considerado que el padre del niño fóbico a la escuela por lo general es : pasivo e inadecuado, sin interesarse mucho en los asuntos familiares, ya que muchos son incapaces de manejar las rebeldías de sus hijos púberes o preadolescentes (citado en Hersov, 1960:139). Además, Newell (1934, 1936), Levy (1943) y Jacobsen (1948) consideraron que son buenos proveedores en lo económico (citado en Hersov, 1960:139). Agregando Papalia y Olds (1988:336) que con frecuencia son responsables y activos en su trabajo.

Sin embargo, Malmquist (1965:298) encontró que existen algunos casos de padres que son inconsistentes en sus propios trabajos. Así como también existe el caso de los padres que son fuertes bebedores (Atkinson y cols., 1989:191).

## **CAPITULO 4**

### **TRATAMIENTO**

#### **4.1. Tratamiento.**

Para poder implementar un tratamiento y tener el mejor pronóstico posible es necesario primero que nada detectar tan pronto como aparezca el rechazo escolar y determinar la gravedad del problema (Hersov, 1960:143; Johnson y cols., 1941:702; Shaw, 1969:254). Ya que la meta del tratamiento es hacer que el niño regrese a la escuela lo antes posible (Hersov, 1960:143; Papalia y Olds, 1988:336; Shaw, 1969:254).

Por lo tanto, desde el inicio de la terapia, el terapeuta comunica tanto a los padres como al niño que juntos trabajarán para cumplir dicha meta, lo cual marca el principio de la terapia (Shaw, 1969:254).

Sin embargo, el regreso del niño a la escuela debe hacerse una vez que hayan mejorado sus miedos y sus síntomas de ansiedad, ya que de lo contrario podría sufrir una recaída (Hersov, 1960:142).

• Además, el regreso a la escuela debe ser de forma gradual mediante un proceso de desensibilización, que consista primero en estimular al niño para que hable de la escuela, la dibuje y la vea, después el segundo paso es que los padres acompañen al niño a la escuela, primero caminando alrededor de ésta, paseando en el autobus de la misma y llevandolo a la oficina del director, el tercer paso es que el niño asista a la escuela ya sea sólo a las clases que menos le causan angustia, por espacio de una o varias horas diarias hasta que finalmente logre quedarse todo el día (Bernstein y cols., 1990:776; Kaplan y Sadock, 1989:1746; Papalia y Olds, 1988:336).

Esta es una forma mediante la cual se puede hacer regresar al niño a la escuela. Sin embargo, los programas de modificación de conducta son exitosos en el tratamiento del rechazo escolar, siempre y cuando el programa sea diseñado para cada niño, según sea el caso (Kaplan y Sadock, 1989:1746); ya que la fobia escolar no debe ser tratada con un programa fijo (Shaw, 1969:255).

Para lograr esto Skinner (1974) consideró que era necesario involucrar a los padres en el tratamiento (citado en Huffington y Sevitt, 1989:354). Así como también Coolidge y Waldfogel en 1957 (citado en Hersov, 1960:143), Papalia y Olds (1988:336) consideraron necesaria la colaboración con la escuela; ya que en algunas ocasiones como lo señalan Klein y Stunfield puede ser de gran ayuda que alguna maestra o compañero favorito del niño pasen por él para ir a la escuela (citado en Kanner, 1976:633).

Sin embargo, existen algunos casos en los que se ha considerado necesario cambiar de escuela al niño (Hersov, 1960:141).

✓ Kaplan y Sadock (1989:1746) señalaron que es de suma importancia contar con la colaboración tanto de los padres, como de los maestros y terapeutas para lograr el éxito en el tratamiento del rechazo escolar.

✓ Después de dar el primer paso que es hacer que el niño regrese a la escuela, el terapeuta podrá entonces tratar con los sentimientos de hostilidad y culpa suscitados en el niño (Hersov, 1960:143).

✓ Así como también con la relación interdependiente entre la madre y el niño, además tratar de evitar el fracaso escolar tanto como sea posible (Papalia y Olds, 1988:336).

Van Houten (1948) consideró que también debe ser examinada la personalidad del niño, los síntomas que acompañan el temor a la escuela y las actitudes hacia su padre, madre y hermanos (citado en Malmquist, 1965:298).



✓Además Shaw (1969:255) señaló que el terapeuta deberá tratar los sentimientos ambivalentes de la madre hacia el niño y deberá apoyarla en los momentos de angustia.

✓Para lograr lo antes mencionado el terapeuta implementa el tratamiento más adecuado según sea el caso, por lo tanto algunas veces se implementa una terapia individual que en ocasiones es combinada con terapia familiar, de pareja, o con la colaboración de uno de los padres o de todos los miembros de la familia (Malmquist, 1965:310; Papalia y Olds, 1988:336).

No obstante, hay quienes consideran que todos los problemas pueden ser resueltos por la terapia familiar y que no es necesario utilizar la terapia individual. Sin embargo, esto es ver el problema desde un sólo ángulo (Malmquist, 1965:317).

Por lo tanto, diversos autores como Hersov (1960:142), Malmquist (1965:304 y 317), Shaw (1969:254 y 255) y Warren en 1948 (citado en Malmquist, 1965:297) consideraron que lo más aconsejable en la mayoría de los casos era no excluir la terapia individual, sino mas bien combinarla con la terapia familiar para que todos los miembros de la familia sean vistos en conjunto, lo cual es de mucha ayuda.

• Por otra parte, en la terapia individual llevada a cabo semanalmente se utilizan técnicas de juego para los niños más pequeños mientras que para los preadolescentes y adolescentes las interpretaciones cara a cara y las confrontaciones es lo que más se utiliza (Hersov, 1960:141).

Weiss y Cain refirieron que existen algunos casos en los que se considera necesario un tratamiento psiquiátrico residencial que por lo general es implementado en niños mayores fóbicos a la escuela con trastornos de la personalidad (Shaw, 1969:255).

Estos pacientes internados llevan un tratamiento más intenso que los pacientes externos, ya que en algunas clínicas la psicoterapia se compone de 31 sesiones a la semana (Hersov, 1960:141).

Además los pacientes internados asisten a la escuela de la institución, que algunos llaman "hospital escolar" (Hersov, 1960:141; Malmquist, 1965:297; Shaw, 1969:255).

Dicho hospital es considerado por Hersov (1960:141) valioso, ya que provee una situación muy real, mediante la cual se puede ayudar al niño con respecto a sus miedos de fallar académicamente.

Por lo tanto, Warren (1948) señaló que el "hospital escolar" facilita la terapia, ya que el niño se encuentra en un ambiente alejado de su casa y de su familia, logrando aliviar gran parte de su ansiedad y sufrimiento (citado en Malmquist, 1965:297).

Por otra parte, la literatura contiene pocos reportes de pruebas sobre los medicamentos que pueden ser utilizados para el tratamiento de la fobia escolar (Bernstein y cols., 1990:773). Por lo que algunos fármacos han sido administrados a niños con fobia escolar a pesar de que son ineficaces y producen efectos secundarios (Kaplan y Sadock, 1989:1746 y 1792).

Sin embargo, existen algunas investigaciones realizadas por D'Amato en 1962, Frommer en 1967 y Kraft y cols. en 1965, que han sugerido el uso de las benzodiazepinas para el tratamiento del rechazo a la escuela (citado en Bernstein y cols., 1990:773).

Además, en los últimos años se han realizado algunos estudios sobre el tratamiento farmacológico y se ha visto que las benzodiazepinas como por ejemplo el alprazolam y la imipramina pueden ser eficaces para tratar los síntomas de ansiedad y depresión que están asociados con el rechazo escolar (Bernstein y cols., 1990:780).

Chouinard y cols. (1982), Feighner y cols. (1983) señalaron que el alprazolam es una nueva benzodiazepina que al parecer disminuye la ansiedad anticipatoria, bloquea los ataques de pánico y disminuye los síntomas de depresión en los adultos (citado en Bernstein y cols., 1990:774).

Dawson (1984) la consideró 10 veces más potente que el diazepam (citado en Bernstein y cols., 1990:775).

Por su parte, Gittelman-Klein y Klein (1971, 1980) reportaron que la imipramina ha sido utilizada para reducir la ansiedad de separación (citado en Last y Strauss, 1990:35).

- Además, dichos autores realizaron un estudio en 1973, en el cual surgieron el uso de imipramina con una dosis de 100 a 200 mg. diarias en los niños que se rehusaban ir a la escuela y se comprobó que el 81% de los niños regresaba a la escuela (citado en Bernstein y cols., 1990:773).

- Así mismo, Kaplan y Sadock (1989:1792) consideraron que la imipramina ha dado buenos resultados tanto para el tratamiento de la fobia escolar como en la ansiedad de separación.

Sverd (1988:31 y 32) reportó que la imipramina también ha sido utilizada con éxito para reducir ataques de pánico y rechazo escolar en niños con síndrome de Tourette.

- La imipramina es administrada antes de dormir y el alprazolam 2 ó 3 veces al día. Sin embargo, el regreso a la escuela se obtiene con mayor frecuencia después de ocho semanas de tratamiento (Bernstein y cols., 1990:774).

- No obstante, a pesar de que algunos de los pacientes tratados con imipramina o alprazolam reportaron efectos laterales como: visión borrosa, boca seca, sedación y vértigo (Bernstein y cols., 1990:779).

Bernstein y cols. (1990:780) consideraron que las benzodiazepinas pueden ser eficaces en el tratamiento del rechazo a la escuela, ya que parecen causar pocos efectos laterales perjudiciales para el paciente.

Sin embargo, se debe ser lo suficientemente cuidadoso y aplicar dosis bajas del medicamento, ya que de lo contrario se corre el riesgo potencial de que el paciente se haga dependiente al medicamento (Bernstein y cols., 1990:780).

Además, para poder apreciar mejor los beneficios de la farmacoterapia es necesario que se combine con tratamiento psicoterapéutico (Bernstein y cols., 1990:780).

Por otro lado, Kelemen en 1988 utilizó la hipnoterapia para contrarrestar una fobia escolar en un muchacho de 12 años, lo cual resultó un éxito después de 2 meses de haber iniciado el tratamiento (Kelemen, 1988:13).

Dicho autor refirió que utilizó sus propias experiencias para formular una técnica que fuera respondida por el paciente, a pesar de que con esto hubiera roto las reglas (Kelemen, 1988:16).

#### Descripción del caso:

Matthew, era un muchacho de 12 años, hijo único, sus padres tenían ocupaciones profesionales, por lo que tuvieron que mudarse a otra ciudad y Matthew tuvo que ser inscrito a una nueva escuela, cuando visitaron la escuela él se mostraba entusiasta y deseoso de comenzar en su nueva escuela (Kelemen, 1988:13).

Cuatro semanas después de que comenzaron las clases en su nueva escuela, Matthew se veía ansioso y se rehusaba ir a la escuela, además estaba teniendo dificultades en su labor escolar, y también tenía grandes dificultades en hacer nuevos amigos (Kelemen, 1988:13).

Después de 12 semanas las cosas se pusieron peor, Matthew estaba teniendo terrores nocturnos y por las mañanas estaba en un estado tan histérico que su madre le permitía quedarse en casa con ella. En esos días se le veía calmado, feliz y pasaba la mayor parte del tiempo viendo la televisión, ya que no trataba de hacer amigos en su colonia. Por lo tanto, la escuela sugirió que fuera llevado con un psicólogo infantil para asesoría y tratamiento (Kelemen, 1988:14).

Cuando el terapeuta vió por primera vez a Matthew, le pareció un niño agradable, con buen nivel de I.Q. (Kelemen, 1988:14).

Después de incrementada la comunicación el terapeuta le preguntó a Matthew sobre sus amigos en la escuela, pero él fué evasivo y titubeante en sus respuestas. Sin embargo, dijo que en casa se sentía feliz porque sabía que sus padres lo amaban y sentía mucho que se preocuparan por él. Además insistió en que sus problemas eran a causa de su inhabilidad para entender las clases en la escuela (Kelemen, 1988:14).

Por lo tanto el terapeuta encontró pertinente mencionarle un caso de un paciente, el cual tenía problemas debido a un compañero "valentón" que constantemente lo molestaba por eso es que se preocupaba mucho y no podía concentrarse en las clases. Además le comento acerca de él, que cuando era niño también había sido molestado cuando lo cambiaron de escuela pero que cuando se defendió lo dejaron en paz (Kelemen, 1988:14).

Después el terapeuta le preguntó que cuál sería su mayor anhelo con respecto a los aprovechados de la escuela, y él respondió que le gustaría golpearlos y demostrarles quién era él (Kelemen, 1988:15).

Luego el terapeuta le dijo que si había visto la película de Karate Kid y el contestó que le había gustado mucho (Kelemen, 1988:15).

Después de esto el terapeuta decidió utilizar la hipnosis mediante la cual hizo sentir a Matthew que él tenía fuerza suficiente para defenderse de los "valentones" y que no tenía por qué temerles (kelemen, 1988:15).

Finalmente el terapeuta le sugirió a la madre que lo inscribiera en clases de Karate, ya que el niño realmente lo deseaba (Kelemen, 1988:16).

Después de dos semanas, Matthew se veía mucho más contento, sobretodo por sus clases de artes marciales. No parecía estar preocupado por los "valentones" de la escuela y dijo que iba mejorando en sus clases (Kelemen, 1988:16).

Dos meses después Matthew estaba contento consigo mismo, ya que sus calificaciones habían mejorado significativamente, le gustaba su escuela, tenía un

número suficiente de amigos y los terrores nocturnos ya no se presentaron (Kelemen, 1988:16).

Por lo antes mencionado el terapeuta argumentó que la combinación de diversos factores como el hecho de que la familia se haya mudado a la ciudad y Matthew haya tenido que asistir a una nueva escuela con la cual no estaba familiarizado pudieron haber contribuido a su mal desempeño académico. Además, los brabucones de la escuela promovieron el estado de ansiedad y causaron la manifestación de la fobia escolar (Kelemen, 1988:16 y 17).

Finalmente, Kelemen (1988:17) consideró que el estilo de historieta utilizada proporcionó a Matthew un estereotipo con el cual él podría identificarse, esto no solo cambió sus percepciones y actitudes sino también sus reacciones. Además, sus artes marciales incrementaron su autoestima y confianza e indirectamente su desempeño académico.

#### **4.2. Pronóstico.**

Para un mejor pronóstico es importante detectar el problema lo antes posible tanto por los padres como por el clínico e implementar un tratamiento integral (Hersov, 1960:142; Shaw, 1969:255).

Al parecer los niños pequeños por lo general tienen un pronóstico más favorable que los adolescentes, ya que el regreso a la escuela en los niños es más exitoso (Shaw, 1969:255).

En los casos de rechazo escolar que van asociados con trastornos de la personalidad, el pronóstico no es favorable. Sin embargo, si el paciente es internado, su pronóstico puede mejorar (Shaw, 1969:256).

El caso menos favorable es el del niño esquizofrénico, ya que su pronóstico no es bueno, por lo tanto, el terapeuta se interesa principalmente en que el niño pueda sobrevivir en sociedad y secundariamente en que regrese a la escuela, si logra

regresar a ésta podría decirse que ha tenido un gran avance terapéutico (Shaw, 1969:255).

Se ha visto que el tratamiento tiene mayor éxito cuando las madres de los niños fóbicos a la escuela no son completamente dominadas por su hijo (Hersov, 1960:143).

Además los casos que parecen tener un mejor pronóstico son:

- A) Aquéllos en donde las familias son más funcionales
- B) Los límites se encuentran más delimitados
- C) Las madres no son tan sobreprotectoras
- D) Cuando ambos padres aceptan la existencia de un problema y cooperan juntos en el tratamiento.

## CONCLUSION

Los principales objetivos de este trabajo fueron:

- 1) Identificar el síndrome de fobia escolar.
- 2) Conocer los patrones de interacción familiar del niño con fobia a la escuela.
- 3) Analizar los perfiles psicológicos de la familia con un niño fóbico a la escuela.

Por lo tanto, se encontró que la fobia escolar es un trastorno emocional en el cual el niño se niega asistir a la escuela, debido al intenso temor y a la gran ansiedad que experimenta.

Además, se encontró que existen dos tipos de fobia a la escuela:

- a) Una que se presenta con más frecuencia en los niños pequeños debido a la ansiedad de separación.
- b) Otra que por lo general aparece en los preadolescentes o adolescentes, en la cual el temor se debe a un aspecto específico de la escuela, ya sea a un maestro, a un compañero, al fracaso escolar, etc.

No obstante, cuando los niños pequeños ingresan por primera vez al jardín de niños es normal que lloren y se rehusen ir a él durante los primeros días, pero cuando ésta conducta perdura por más tiempo y no existe ningún otro problema que la explique, es necesario que los padres presten atención a esto.

Por otro lado, se reportó que los síntomas somáticos más comunes que presentan por las mañanas los niños con fobia a la escuela son: dolor de estómago, vómito, diarrea, dolor de cabeza o algún síntoma de resfriado. Estos síntomas pueden marcar la pauta para que por medio de éstos los padres se den cuenta de que existe un problema, ya que se ha visto que en algunas ocasiones, las enfermedades del aparato



respiratorio y del aparato digestivo están relacionadas con problemas de tipo emocional.

Por otra parte, se reconoció que existen principalmente cuatro criterios diagnósticos para identificar este síndrome, que son los siguientes:

- 1) Negación del niño para asistir a la escuela.
- 2) Presencia de una intensa ansiedad y temor cuando se enfrenta a ésta.
- 3) Cuando el niño no asiste a la escuela se queda en la casa bajo el consentimiento de los padres.
- 4) No presenta desórdenes antisociales significativos.

Por lo tanto, si un niño presenta este cuadro de síntomas, se podría decir que existe una fobia a la escuela.

Además, también se encontró que cuando la fobia escolar es debida a la ansiedad de separación el niño no solo evita ir a la escuela sino que también evita otras situaciones sociales en las cuales es separado del ambiente familiar, ya que entre sus miedos está el hecho de que algo malo le suceda a él o a la madre debido a que existe una relación dependiente entre ambos.

Por lo tanto se encontró que la fobia escolar es un problema multicausal, ya que no existe la misma explicación para todos los casos sino que cada caso tiene su explicación. Por eso es que primero debe analizarse muy bien el caso para poder encontrar cuál es su causa y dar el tratamiento más adecuado.

Se encontró en la bibliografía que la mayoría de estas familias son disfuncionales, ya que con frecuencia los límites entre los roles paternos y los roles de los hijos no están bien delimitados, las jerarquías no están bien establecidas, la disciplina es inconsistente, la madre es ambivalente, además los padres tienden a ser sobreprotectores en especial con el hijo fóbico a la escuela.

Por otro lado, se mencionaron cuatro tipos de familias disfuncionales con un miembro fóbico a la escuela y se encontró que la familia perfeccionista era la menos

disfuncional y la que mejor pronóstico podría tener, a diferencia de la familia antisocial que era la más disfuncional de las cuatro nombradas.

También se encontró que cuando ambos padres son sobreindulgentes con su hijo, el niño es caprichoso y terco con ellos.

Sin embargo, cuando la madre es controladora aunque el padre sea pasivo, el niño es obediente pero probablemente rebelde en la pubertad.

No obstante, cuando la madre es sobreindulgente con el niño a pesar de que el padre sea controlador, el hijo es terco y dominante en la casa.

Por lo antes dicho, se puede considerar que siempre que la madre sea demasiado complaciente con su hijo, el niño va a ser caprichoso y dominante con ella, debido a que ella así lo ha permitido y no ha establecido los límites adecuados.

Además, podría hipotetizarse que con frecuencia el niño tiende a tomar actitudes similares a las del padre o que el padre transmite al hijo su propia imagen, ya que en los ejemplos anteriores se observó que cuando el padre es pasivo el niño también lo es, y que cuando el padre es firme, el hijo es terco y dominante.

Algo que llama la atención es que el comportamiento de estos niños varía de unos a otros, por lo tanto es discrepante y no existe un prototipo. Además con frecuencia algunos de estos niños se comportan de una forma en la casa y de manera distinta fuera de ésta, ya sea que en la casa sean caprichosos y tercos pero tímidos fuera de ésta o sociables. Aunque también existe el caso de los niños que son pasivos y obedientes en casa y fuera de ésta son tímidos y miedosos.

Al parecer, es muy posible que la mayoría de los niños fóbicos a la escuela provengan de familias de clase profesional, ya que éstas tienden a ser más sobreprotectoras que las familias de clase baja. Además, también se considera probable que estos niños posean un cociente intelectual alto o promedio.

Por todo lo antes mencionado se ha considerado que estas familias con un niño fóbico a la escuela deben someterse a una terapia familiar, para que todos los

Por todo lo antes mencionado se ha considerado que estas familias con un niño fóbico a la escuela deben someterse a una terapia familiar, para que todos los miembros de la familia sean vistos. Además, puede apoyarse o complementarse con otras terapias como por ejemplo:

- En la psicoterapia individual.
- En una terapia de desensibilización, mediante la cual se elabora un programa de modificación de conducta con el fin de que el niño regrese a la escuela.
- Algunos consideraran oportuno recurrir a la Farmacoterapia, ya que se ha encontrado que las benzodiazepinas como el alprazolam o la imipramina, bajan el nivel de ansiedad y contribuyen junto con otras terapias en el regreso del niño a la escuela. Sin embargo, es importante considerar que los fármacos pueden causar efectos secundarios en el niño.
- En ocasiones la Hipnoterapia puede ser una buena solución al problema.
- O bien, para los casos más graves de niños mayores fóbicos a la escuela con trastornos de la personalidad es necesario un tratamiento residencial, en el cual el paciente asiste a psicoterapia y al "hospital escolar", que suele ser de gran ayuda para quienes necesitan estar alejados del ambiente familiar.

Por lo tanto, lo más importante es utilizar un tratamiento integral, en el cual se incluya una terapia familiar, ya que ésta es indispensable para la mayoría de los casos. Además, se puede combinar con otras terapias como la individual, la conductual (terapia de desensibilización), que también son muy efectivas.

Por todo lo antes mencionado se puede decir que este problema constituye uno de los retos de la investigación más urgente.

Por otra parte, la autora de esta monografía hace una observación al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM III-R) cuestionándose por qué el DSM III-R clasifica la fobia escolar dentro del trastorno por angustia de separación, si ahí mismo se refiere que no todos los casos de rechazo escolar son

cómo es posible que en dicho manual en el cual están clasificados todos los trastornos mentales por pequeños que parezcan o poco comunes que sean, no exista un apartado único y exclusivo para el síndrome de fobia escolar y se tenga que clasificar dentro de otro trastorno, si dicho síndrome como se observó a lo largo de esta monografía posee todo un cuadro diagnóstico, ya que de no ser así no se le llamaría "síndrome".

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- American Psychiatric Association. (1987). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Atkinson, L., Quarrington, B., Cyr, J.J. & Atkinson, F.V. (1989). Differential Classification in school refusal. British Journal of Psychiatric. 155, 191-195.
- Bernstein, G.A., Svingen, P.H., & Garfinkel, B.D. (1990). School Phobia: Patterns of Family Functioning. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 29 (1), 24-30.
- Bernstein, G.A., Garfinkel, B.D. (1988). Pedigrees, functioning, and psychopathology in families of school phobic children. American Journal of Psychiatry. 145 (1), 70-74.
- Bernstein, G.A., Garfinkel, B.D., Borchardt, C.M. (1990). Comparative studies of Pharmacotherapy for school refusal. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 29 (5), 773-781.
- Coolidge, J.C., M.D., Tessman, E., P.H.D., Waldfogel, S., P.H.D., Willer, M., M.S.W. (1962). Patterns of aggression in school phobia. Psychoanalytic study of the child. 17, 319-332.
- Hersov, L.A. (1960). Refusal to go to school. Journal Child Psychology and Psychiatry. 1, 137-145.
- Huffington, C.M. & Sevitt, M.A. (1989). Family interaction in adolescent school phobia. Journal of Family Therapy. 11 (4), 353-375.
- Johnson, A.M., Falstein, E.I., Szurek, S.A. & Svendsen, M. (1941). School Phobia. American Journal of Orthopsychiatry II. 11, 702-708.
- Kanner, Leo. (1976). Psiquiatría Infantil. Buenos Aires: Siglo XX.

- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1989). Tratado de Psiquiatría (2nd. ed.) (Tomo 2).  
Barcelona: Salvat.
- Kelemen, Z.A. (1988). Paradoxical hypnotic intervention in a case of school phobia.  
Australian Journal of Clinical hypnotherapy and Hypnosis. 9 (1), 13-17.
- Last, C.A., P.H.D., & Strauss, C.C., P.H.D. (1990). School Refusal in  
Anxiety-Disordered Children and Adolescents. Journal of the American Academy of  
Child and Adolescent Psychiatry. 29 (1), 31-35.
- Malmquist, C.P. (1965). School Phobia, a problem in family neurosis. Journal of the  
American Academy of Child Psychiatry. 4, 293-319.
- Papalia, D.E. y Olds, S.W. (1988). Desarrollo Humano. (2nd. ed.). México: Mc Graw Hill.
- Plapp, J.M. (1990). Tourettes and school refusal { Letter to the editor} American  
Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 29, p. 149-150.
- Pilkington, C.L. & Piersel, W.C. (1991). School Phobia: a critical analysis of the  
separation anxiety theory and an alternative conceptualization. Psychology in the  
schools. 28 (4), 290-300.
- Dr. Shaw, Ch. R. (1969). Psiquiatría Infantil. México: Interamericana.
- Sverd, Jeffrey. (1988). Imipramine treatment of panic disorder in a boy with  
Tourette's syndrome. Journal of Clinical Psychiatry. 49 (1), 31-32.

901803

