



Universidad del Azuay

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS  
DE LA EDUCACIÓN

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

*“DISEÑO DE UN PLAN TERAPÉUTICO BASADO EN LA  
TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA REDUCCIÓN  
DE LA ANSIEDAD POR SEPARACIÓN DE INICIO EN LA  
INFANCIA.”*

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de  
PSICÓLOGA CLÍNICA.

Autor:

PAOLA ANDREA ORELLANA ERRÁEZ

Director:

MST. ALEXANDRA CORDOVA VEGA.

CUENCA – ECUADOR

2010

## ***DEDICATORIA***

*A las personas más importantes y valiosas de mi vida:  
Mis padres, Eduardo y Marlene, quienes con su apoyo,  
paciencia y ejemplo han sabido inculcar en mí el  
espíritu de responsabilidad, lucha y dedicación, a mis  
hermanos por su apoyo incondicional y a mi abuelita  
quien con sus oraciones ha llenado mi vida de  
bendiciones.*

*Paola Andrea.*

## ***AGRADECIMIENTO***

*A Dios por guiar cada uno de mis pasos. A mi familia por la comprensión y apoyo necesario sin el cual el presente trabajo no hubiera sido posible.*

*A la Mst. Alexandra Córdova Vega, por su apoyo y orientación en el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.*

## INDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	iv
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1

## INDICE

### CAPITULO I.

#### ESTUDIO DE CASO

1.1. DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN..	3
1.2. Elaboración de la historia clínica.....	3
1.3. Entrevista con los familiares.....	5
1.4. Apreciación psicodiagnóstica.....	7
1.5. Resultados de los reactivos psicológicos aplicados.....	7

### CAPITULO II.

#### MARCO TEÓRICO.

2.1.	TEORÍAS SOBRE EL DESARROLLO DEL VÍNCULO Y APEGO.....	10
2.1.1.	El Vínculo.....	10
2.1.1.1.	Fases del desarrollo del vínculo.....	10
2.1.1.2.	Teorías del proceso de vinculación.....	12
2.1.2.	El apego.....	14
2.1.2.1.	Concepto de Apego.....	14
2.1.2.2.	Tipos de Apego.....	15
2.1.2.3.	Factores influenciadores en el apego.....	17
2.2.	TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.....	21
2.2.1.	Ansiedad por separación.....	21
2.2.2.	Características del trastorno de ansiedad por separación.....	22
2.2.3.	Etiología del trastorno de ansiedad por separación.....	23
2.2.4.	Síntomas y trastornos mentales asociados.....	23
2.2.5.	Diagnóstico diferencial.....	25
2.2.6.	Criterios diagnósticos para el trastorno de ansiedad por separación.....	26
2.3.	TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL.....	27
2.3.1.	Teoría cognitivo conductual.....	27
2.3.2.	Técnicas cognitivo conductuales.....	30
2.3.2.1.	Relajación.....	30
2.3.2.2.	Identificación de emociones.....	31
2.3.2.2.1.	Gráfico de caras.....	32
2.3.2.2.2.	Semáforo de emociones.....	33
2.3.2.3.	Role playing.....	33

2.3.2.4. Control de contingencia.....	34
2.3.2.4.1. Técnica del time out o tiempo fuera.....	35
2.3.2.5. Predicción del placer y predicción de la ansiedad.....	36
2.3.2.6. Desensibilización sistemática.....	36

### **CAPITULO III.**

#### **PROPUESTA TERAPÉUTICA.**

3.1. Plan estratégico cognitivo - conductual.....	38
---	----

CONCLUSIONES.....	43
-------------------	----

BIBLIOGRAFÍA.....	45
-------------------	----

ANEXOS.....	47
-------------	----

## **RESUMEN**

El Trastorno de Ansiedad por Separación es una realidad que convive con muchos de nosotros, son hechos frecuentes que no han recibido la atención adecuada por parte de los familiares e instituciones educativas en donde se desarrollan los niños. Como sociedad tenemos la obligación de hacer frente a esta realidad y brindar la ayuda e información necesaria para prevenir el TAS.

El presente trabajo tiene como objetivo proporcionar algunos elementos técnicos necesarios de incorporar al momento de trabajar con la temática del TAS, en términos diagnósticos, terapéuticos y preventivos, orientándose principalmente a aquellos agentes sociales vinculados al trabajo con la infancia, como son los psicólogos.

Su diseño no pretende establecer un modelo rígido a seguir, sino conforma un grupo de contenidos y herramientas a tener en cuenta al momento de trabajar con el TAS con niños y niñas. Toda adaptación en su utilización es válida si se considera las características del grupo con el cual se pretende trabajar.

## **ABSTRACT**

Separation Anxiety Disorder is a reality that many of us live with, it occurs frequently but hasn't received adequate attention from educative and family institutions where children grow up. Society has the obligation to confront this reality and offer the help and information necessary to prevent separation anxiety disorder.

The objective of this project is to provide the necessary technical elements to be incorporated when working with separation anxiety in diagnostic, therapeutic and preventative terms aimed at those social agents such as physiologists.

The design of this project is not rigid; it consists of contents and tools to be aware of when working with separation anxiety in children. Any adaptation in its use is valid if the characteristics of the group being worked with are considered.

## INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una emoción que surge cuando la persona se siente en peligro, es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas sean estas reales o imaginarias, más o menos difusas que prepara el organismo para reaccionar ante una situación de peligro.

Cuando el niño comienza a alejarse de la madre y a explorar el mundo por sí solo, se produce un cierto tipo de ansiedad la cual es provocada por diversos estímulos o situaciones como ser los animales, la oscuridad, las tormentas, el daño físico y la separación, suponen la existencia de mecanismos biológicos de adaptación que actúan desde la infancia con la finalidad de proteger y preservar al niño ante posibles daños.

El estudio de los factores de riesgo de los trastornos de ansiedad en la infancia es de suma importancia para los profesionales de la salud mental. Los trastornos de ansiedad constituyen una de las categorías diagnósticas de más auge de entre todos los trastornos psicológicos, tanto en la infancia como en la adultez. Los estudios epidemiológicos demuestran que la prevalencia de estos trastornos en la infancia oscila aproximadamente entre un 5.6% y un 21%, siendo más alto en las niñas que en los niños.

Si tomamos en cuenta que el índice de prevalencia es elevado y a esto le sumamos las consecuencias perjudiciales que conlleva la ansiedad en la vida de los sujetos, conocer los factores que facilitan su aparición o que están relacionados con la causa de los mismos, es de gran ayuda, para que de esta manera se puedan desarrollar

estrategias de intervención y la realización de programas en los que se pueda prevenir dichos trastornos.

El objetivo de este trabajo es estudiar aquellos factores que mejor predicen la psicopatología ansiosa en el niño o niña y dar un adecuado tratamiento basado en la terapia cognitiva conductual para la erradicación de los síntomas del trastorno de ansiedad por separación tanto en el niño como en sus cuidadores.

**CAPÍTULO I**  
**ESTUDIO DE CASO.**

1.2. HISTORIA CLÍNICA.

FECHA DE EVALUACIÓN: Cuenca, 17 de marzo de 2010.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

NOMBRE: Carlos Eduardo

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Cuenca, 04 de marzo de 2006.

EDAD: 4 años.

DATOS DE LOS PADRES

NOMBRE DE LA MADRE: Cristina

EDAD: 32 años

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Superior.

OCUPACIÓN: QQ.DD

NOMBRE DEL PADRE: David

EDAD: 34 años

NIVEL DE INSTRUCCIÓN: Superior

OCUPACIÓN: Empleado Privado

NOMBRE Y EDAD DE LOS HERMANOS: Diego, 11 años.

TELÉFONOS: 2880066

MOTIVO DE CONSULTA

El niño no quiere asistir a la guardería, llora mucho al momento de salir de la casa como en el momento de quedarse en la guardería, presenta dolor de estómago, nauseas, motivo por el cual la madre requiere evaluación psicológica.

## ANTECEDENTES PERSONALES

### EMBARAZO

Carlos Eduardo es el segundo hijo de la señora Cristina, su embarazo no fue planificado, pero si fue deseado, se realizó los controles necesarios durante todo el embarazo, la madre aumentó 35 libras en el embarazo, no hubo dificultades en la gestación tanto en la madre como el niño. La madre refiere que el niño nació por cesárea debido a que ella tenía la pelvis muy estrecha, su desarrollo fue normal, al nacer lloró, nació de 6 libras y midió 52 cm, no se observó ninguna anomalía, su desarrollo fue normal. El niño lactó hasta los 2 meses de edad, aunque el biberón lo sigue tomando actualmente por las noches antes de dormir, según refiere la madre.

### DESARROLLO PSICOMOTOR

El niño tuvo control de la cabeza a los 4 meses, se sentó a los 6 meses, gateó a los 8 meses, se paró a los 11 meses, caminó a los 15 meses, balbuceó a los 3 meses, sus primeras palabras fueron a los 9 meses, el control de esfínteres lo hizo a los 3 años, no ha presentado problemas con el desarrollo psicomotor.

### ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Carlos Eduardo no ha presentado enfermedades eruptivas de la infancia, no ha tenido ningún tipo de traumatismos, convulsiones, cirugías u hospitalizaciones, el niño se enferma muy seguido de la garganta debido a que presenta alergia al frío, ha recibido todas las vacunas requeridas, en ocasiones presenta infecciones intestinales.

En cuanto a la alimentación, la madre refiere que es muy buena, el niño come de todo, nunca ha tenido dificultades en esta área.

El niño se muestra vestido, aseado y alineado de acuerdo a la edad y al sexo. Es muy sociable con las personas conocidas, aunque ante desconocidos se muestra temeroso.

Nunca ha trabajado.

#### ESCOLARIDAD/ RUTINA DIARIA DEL NIÑO

INICIO: 3 años y medio

A la edad de 3 años 6 meses Carlos entró en una guardería en la cual no se acostumbró, lloraba mucho y no quería ir, motivo por el cual la madre lo retiró. A los 3 meses de haber retirado al niño de dicha institución, lo ingresaron en otra en donde presenta el mismo comportamiento, no le agrada levantarse y saber que va a ir a la guardería, se aferra a su abuela o se abraza de algún mueble para que no lo lleven, llora mucho y cuando llega a la guardería continúa llorando, en algunas ocasiones ha vomitado o ha intentado vomitar, muchas de las veces se queja de dolor del estómago.

TERAPIAS RECIBIDAS: Ninguna.

#### ANTECEDENTES FAMILIARES

Como antecedentes, según refiere la madre, es que su abuelo paterno presenta diabetes, su abuela paterna falleció con cáncer, su abuelo materno sufre de presión alta y algunos familiares del mismo presentan diabetes.

#### 1.2. ENTREVISTA CON LOS PADRES.

##### 1.2.1. PSICOBIOGRAFÍA.

Carlos proviene de un hogar reestructurado, su madre Cristina de 32 años de edad, se casó por primera vez a los 21 años de edad, en su primera relación procreó a su

primer hijo Diego, quien actualmente tiene 11 años de edad, el padre de Carlos, David, también tuvo una relación anterior con quien procreó una niña Camila, quien tiene actualmente 7 años de edad, él no visita a su hija debido a disgustos con la madre de la misma, de un compromiso posterior tiene otra hija Doménica, quien actualmente tiene 5 años de edad, a ella la visita los fines de semana.

Del compromiso actual de los padres procrearon a Carlos, quien tiene 4 años de edad, el niño se lleva muy bien con sus hermanos, en especial con su hermano mayor quien vive con ellos. La relación entre los padres es buena, según refiere la madre desde hace aproximadamente 3 años la situación ha cambiado, ahora se llevan mucho mejor, afirma que antes tenían muchos problemas ya que su esposo salía mucho y pasaba poco tiempo en la casa, por motivos de trabajo como reuniones, cursos, entre otros, según refiere la señora Cristina, siendo pretexto para serle infiel en algunas ocasiones.

Asegura que cuando estuvo embarazada de Carlos a los 7 meses aproximadamente, se enteró que su marido tenía otra hija lo cual le provocó mucho dolor y sufrimiento, además de que cuando quedó embarazada la situación entre los mismos no estaba muy estable, siendo éstas sus mayores preocupaciones.

Los niños se llevan muy bien entre ellos aunque juegan y pelean con frecuencia, el hermano mayor cuida mucho de Carlos, pero en ocasiones es celoso del mismo ya que piensa que su madre tiene preferencias con él, en cuanto a la relación de todos los miembros la madre asegura que se llevan bien, a pesar de que el carácter de su primer hijo es muy difícil, siendo este imitado muchas de las veces por Carlos.

El niño es muy pegado a su padre, defendiéndolo e insultando a su madre cuando se acerca o alza la voz al mismo, incluso ha llegado a patearla, asegura que el niño no hace caso a lo que se le pide la mayor parte del tiempo, tiene que amenazarle con

algo para que la obedezca, como por ejemplo que le van a poner ají. El niño es muy dinámico juega mucho con los niños conocidos, es amable, pero siempre se asegura de que la madre, abuela o algún familiar que viva con él se encuentren cerca, caso contrario se pone a llorar. La padres de Carlos refieren que cuando no se encuentran en la casa o van de visita donde algún familiar o conocido, el niño llora mucho queriendo regresar, dice que le duele mucho la barriga y quiere vomitar hasta que regresan a la casa, no le gusta salir mucho si no es con los padres. Aseguran también que en algunas ocasiones el niño ha despertado con pesadillas, por lo que tienen que acompañarlo hasta que se quede dormido nuevamente o lo llevan al cuarto de los padres para que el niño se duerma.

Debido a que el niño pasaba en compañía de su madre todo el día, asistir a la guardería le resultó muy complicado, inclusive para la madre, ya que el niño lloraba mucho y la madre se quedaba muy preocupada por el comportamiento de su hijo, en ocasiones hizo que el niño faltara a la guardería para que no llore o debido a que el niño no quería ir. Con el tiempo la situación se complicó el niño lloraba y vomitaba en la guardería, motivo por el cual, tras una cita con las profesoras del Centro, decidieron retirar al niño, debido a que no se enseñaba. Luego de 2 meses y medio los padres del niño decidieron ponerlo en otra guardería en donde presenta el mismo comportamiento, situación que los tiene preocupados.

### 1.3. APRECIACIÓN PSICODIAGNÓSTICA

#### TEST DE GARABATOS

Garabatos de sublimación.

Muestra un carácter dulce y conciliador. Sus pulsiones no están en conflicto con el Yo, sino asociadas a él en un buen compromiso de adaptación. Se observa un poco de agresión, pudiendo ser esta provocada por la madre. Regresión.

#### EARLY CHILDHOOD INVENTORY

Presenta Ansiedad por Separación.

#### TEST DE ROBERTO

El niño muestra temor ante sus compañeros, al hacer referencia a la escuela o guardería lo relaciona con llanto y lo ve como algo malo que le sucede, en las respuestas el niño dice que prefiere quedarse en su casa que ir a la escuela, siendo estos uno de los síntomas de la ansiedad por separación.

En cuanto a la relación con sus padres, el niño se lleva bien pero su madre lo reprende con frecuencia, motivo por el cual el niño proyecta enojo.

#### TEST DE LA FAMILIA.

Familia con Tipo de apego Inseguro.

Desvalorización de la figura paterna. Identificación o valoración a la madre. Es un niño fantasioso. Muestra agresividad reprimida. Falta de apoyo, inseguridad, dependencia, desvalorización al hermano, puede deberse a celos, rivalidad.

#### DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

EJE I. F 93.0 Trastorno de Ansiedad por Separación.

EJE II. Ninguno.

EJE III. Ninguno.

EJE IV.	Ninguno.
EJE V.	40% actual.

#### 1.4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Basándonos en los resultados obtenidos en los test y escalas aplicados podemos decir que el niño tiene trastorno de ansiedad por separación, motivo por el que se recomienda terapia cognitivo conductual tanto para el niño como para los padres del mismo, a demás de trabajar en psicoeducación con los padres, en especial con la madre, ya que es quien refuerza algunos comportamiento en el niño.

#### INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Mediante técnicas lúdicas se aplicará:

- Psicoterapia de autoestima y motivación.
- Técnicas de apoyo y superación.

Psicoterapias cognitivo conductual con el niño y los padres.

- Reducción de ansiedad.

Psicoterapia familiar.

- Modelamiento de conducta.
- Normas y límites.
- Reducción de ansiedad a la madre.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. TEORIAS SOBRE EL DESARROLLO DEL VÍNCULO Y EL APEGO.

##### 2.1.1. EL VÍNCULO

Según Kagan y colaboradores (1978), un vínculo es: “una relación emocional intensa específica a dos personas, que persisten en el tiempo, y en la que la separación prolongada del compañero se acompaña de estrés y pena”.

##### 2.1.1.1. FASES EN EL DESARROLLO DEL VÍNCULO

Bien es cierto que el lazo de amor entre padres y niños comienza cuando la mujer queda embarazada, y los cuidados que requieren tanto la madre como el niño han de darse desde este momento, formando así un lazo de unión ya entre ellos. No obstante, las respuestas por parte del bebé hacia sus padres y demás personas se dan de forma indiscriminada y no reflejan ningún vínculo o apego, sino hasta alrededor de las 6 semanas, en donde comienzan a formarse las diferentes etapas, atravesando así:

- **Fase de previnculación** Aproximadamente desde las seis semanas los bebés desarrollan una atracción por otras personas por encima de los aspectos físicos del ambiente. Esto se puede observar a través de las conductas como acurrucamiento, gorjeos y sonrisas sociales, que dirigen casi a cualquier persona. Esta etapa dura hasta alrededor de los tres meses de edad.
- **Fase de vinculación indiscriminada** aproximadamente desde los tres meses, los lactantes comienzan a discriminar a las personas, ahora sonríen mucho más a las conocidas, aunque continúan sonriendo a los desconocidos pero de

forma disminuida, e incluso muchas de las veces no les sonríen, pero permiten que los desconocidos los toquen y los cuiden sin angustiarse de manera significativa, siempre y cuando lo hagan de manera adecuada. Dura hasta cerca de los 7 meses de edad.

- **Fase de vinculación específica.** Alrededor de los 7 u 8 meses de edad, los lactantes comienzan a desarrollar vínculos específicos. Esto se puede observar claramente ya que los niños intentan permanecer cerca de ciertas personas, en especial la madre, angustiándose cuando ella no está, (ansiedad de separación). Esta fase ocurre cuando el lactante puede diferenciar de manera consciente entre su madre y otras personas, y ha desarrollado permanencia de objeto (la conciencia de que las cosas, en este caso su madre, continúan existiendo a pesar de no verla).

Los lactantes evitan la cercanía con personas desconocidas y algunos, presentan la respuesta de temor hacia los desconocidos, muchas de las veces los niños muestran llanto e intentan alejarse o ambas cosas. Esto se da solo cuando el desconocido trata de hacer contacto directo con el bebé, más que cuando el desconocido solo está ahí.

- **Fase de vinculaciones múltiples** alrededor de los nueve meses de edad en adelante, se forman relaciones adicionales con otros cuidadores importantes como el padre, los abuelos, los hermanos. El temor ante los desconocidos se debilita, pero el vínculo más fuerte sigue siendo con la madre. Alrededor de los 2 años y medio de edad el niño comprende los sentimientos y motivos del cuidador, el vínculo sigue siendo fuerte y el niño continúa queriendo estar cerca de sus padres, pero ha introducido el dar y recibir en la relación. Ahora

el niño utiliza abrazos, besos y caricias para interferir en los planes de los padres. Cuando los padres se marchan el niño se siente seguro, siempre y cuando él sepa a donde van y a que hora regresan los padres. (GROSS, Richard D., "*Psicología Ciencia de la Mente y la Conducta*", pag 596)

Una vez que los bebés desarrollan un apego específico, es fácil que muestren el dolor de la separación cuando el cuidador los deja y el recelo hacia los extraños cuando esta presente una persona desconocida.

#### 2.1.1.2. TEORÍAS DEL PROCESO DE VINCULACIÓN.

Existen varias teorías acerca de por que los seres humanos en general, desde muy temprana edad creamos el proceso de vinculación, pero en este contexto, vamos a hacer referencia a la teoría psicoanalítica y conductista.

En cuanto a la teoría psicoanalítica, el niño se vincula con su protector que por lo general es la madre, debido a la capacidad que tiene la misma de satisfacer las necesidades instintivas del bebé. Para Freud (1926):

“La razón por la que el bebé de brazos quiere percibir la presencia de su madre es únicamente porque ya sabe que ella satisface todas sus necesidades sin demora”

Freud creía que los vínculos sanos se formaban cuando las prácticas de alimentación satisfacen las necesidades de alimento, seguridad y gratificación sexual y oral del lactante. Los vínculos patológicos ocurren cuando a los lactantes se les priva de la comida y de placer oral (destete) o cuando se les

satisface en exceso (GROSS, Richard D., Psicología Ciencia de la Mente y la conducta, 597).

La perspectiva conductista de la vinculación también considera que los lactantes se vinculan con aquellas personas que satisfacen sus necesidades fisiológicas. Asocian a sus cuidadores (quienes actúan como reforzadores condicionados o secundarios) con la gratificación o satisfacción (en este caso, la comida es el reforzador no condicionado o primario) y aprenden a acercarse a ellos para la satisfacción de sus necesidades. A la larga esto se generaliza en sentimientos de seguridad siempre que este presente el cuidador. (597)

Tomando en cuenta estas dos teorías y haciendo referencia a que por lo general, la persona que satisface las necesidades de alimentación del niño es la madre, podemos decir que el factor crucial que determina la calidad del vínculo es la sensibilidad que ésta brinda al menor. Una madre sensible ve las cosas desde el punto de vista de su bebé, interpreta sus señales lo mejor posible, responde enseguida ante sus necesidades, lo acepta, es cooperativa y muy accesible a las demandas del niño, estas madres son quienes tienden a tener bebés con apego seguro. En cambio, una madre insensible actúa de acuerdo a sus propias necesidades, estado de ánimo y actividades, tendiendo a que sus niños creen un apego inseguro, (ya sean ansiosos, evitantes y desvinculados o ansiosos, resistentes y ambivalentes).

Teniendo muy en claro la manera de como estas necesidades son satisfechas se crea en el niño sentimientos de seguridad o inseguridad, que marcaran el resto de sus vidas, ya que ésta relación entre la madre y el niño es la base para un buen o mal desenvolvimiento en la vida del individuo.

## 2.1.2. EL APEGO.

### 2.1.2.1. CONCEPTO DE APEGO

Cualquier forma o conducta que tiene como resultado el logro o la conservación o la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentar el mundo... la función biológica que se le atribuye es la de protección. Tener fácil acceso a un individuo conocido del que se sabe que esta dispuesto a acudir en nuestra ayuda en una emergencia es evidentemente una buena póliza de seguro... cualquiera sea nuestra edad (COLOMBO, Rosa Inés, BEIGBEDER, Carolina, *“Abuso y Maltrato Infantil. Hora de juego diagnóstica”*, 27).

“El apego es el vínculo emocional recíproco y duradero entre un bebé y el cuidador, cada uno de los cuales contribuye a la calidad de la relación. Los apegos tienen valor adaptativo para los bebés, asegurando que sus necesidades psicológicas y físicas serán satisfechas”. (DUSKIN, PAPALIA, WENDKOS OLDS, *“Desarrollo Humano”*, 222).

El apego, concepto que debemos a la etología, se define como una vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca, y cuyo objetivo más inmediato es la búsqueda y mantenimiento de proximidad en momentos de amenaza ya que esto proporciona seguridad, consuelo y protección. No se trata de un sentimiento inmaterial, sino de conductas observables que comienzan de

manera refleja. John Bowlby (1907-1990), ([www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com) 10-03-2010. 17:35).

#### 2.1.2.2. TIPOS DE APEGO

El apego se forma a muy temprana edad y existe una alta probabilidad de mantenerse durante toda la vida. En base a como los individuos responden en relación a su figura de apego cuando están ansiosos, Ainsworth, Blewar, Waters y Wall, definieron los tres patrones más importantes de apego y las condiciones familiares que los promueven, existiendo así:

##### 2.1.2.2.1. APEGO SEGURO

Son niños que saben que sus cuidadores, en especial su madre comprende sus necesidades y, por lo tanto, confían en que ella estará ahí para cumplir sus necesidades, les responderá y los ayudará frente a problemas. Sienten a su figura de apego como una base de seguridad cuando están angustiados. Los niños con apego seguro tienen vocabularios más grandes y variados, son más sociables, tienen más interacciones positivas con sus pares y sus acercamientos amistosos tienen más posibilidades de ser aceptados y sus amistades son más estables.

De los 3 años a los 5 años, los niños son más curiosos, competentes, empáticos, resistentes y muestran mayor confianza en sí mismos, tienen interacciones más positivas con los padres, los maestros de preescolar y los compañeros y son más capaces de resolver conflictos.

De adultos son personas cálidas, *estables*, con relaciones personales satisfactorias, positivas y bien integradas, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo.

#### 2.1.2.2.2. APEGO EVASIVO

Se genera cuando los niños no están seguros de la respuesta de la madre, cuando ésta los maltrata física o verbalmente y cuando es indiferente y poco cercana emocionalmente. Estos niños exhiben un aparente desinterés y desapego a la presencia de sus cuidadores cuando sienten angustia, o bien, la evaden. No confían mucho en que serán consolados u ayudados, poseen inseguridad hacia los demás, miedo a la intimidad y prefieren mantenerse distanciados de los otros. Son niños agresivos, porfiados y toman represalias. Muestran emociones negativas en las mismas situaciones que los niños con apego seguro.

En la adultez serán desconfiados, inseguros respecto a los demás y mantendrán distancia con los otros.

#### 2.1.2.2.3. APEGO ANSIOSO – AMBIVALENTE

Los niños buscan a su figura de apego, pero se resisten a ser consolados por ella. Se angustian mucho frente a la separación y lo demuestran con expresiones de protesta enojo, pataletas y resistencia. Esto se debe a que sus cuidadores no son consistentes en sus reacciones emocionales, por lo que los niños no saben qué esperar de ellos, no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores.

Estos niños tienden a mostrar problemas de conducta en todos los niveles de escolaridad y trastornos psiquiátricos a los 17 años. En la edad adulta, buscan desesperadamente intimidad y tienen mucho miedo de perderla, pero al mismo tiempo se alejan de ella. También se genera cuando son tratados con violencia y por falta de respuesta de parte de la madre.

La organización segura guardaba relación con la sensibilidad de la madre a las señales del infante, mientras que las dos formas de organización de apego inseguro/indiferente-evitativo y el abiertamente ansioso ambivalente/resistente están relacionadas, respectivamente, con rechazo materno y falta de predictibilidad de la madre.

Hay que tener en cuenta que el apego no se desarrolla solo con la madre, el padre también juega un papel importante, a pesar de que no pasa mucho tiempo con el bebé, debido al trabajo u otras actividades, el apego que el niño desarrolla hacia el mismo es igual al que tiene con la madre, así por ejemplo si un niño desarrolla un apego seguro con la madre, con el padre también desarrollará un apego seguro, a pesar de que el tiempo y el cuidado que cada padre brinda al niño sea diferente. El apego que siente el padre hacia su bebé puede ser tan profundo como el que siente la madre, los padres pueden cuidar y educar a sus hijos de manera muy competente, pero llevan el ritmo más rápido, en cambio las madres suelen ser más responsables en los cuidados y peticiones del bebé, cuando los bebés han cumplido un año los padres tienden a pasar más tiempo con los niños.

Al observar a las niñas en sus casas se puede ver que ellas no tienen preferencias entre sus padres, en cambio los niños se dirigen más al padre, pero en una situación

penosa, ambos sexos suelen dirigirse al cuidador principal, siendo la madre por lo general a quienes los niños y niñas buscan para hallar seguridad y alivio.

### 2.1.2.3. FACTORES INFLUENCIANTES EN EL APEGO

El proceso de vinculación o apego entre los niños y sus cuidadores depende de diferentes factores biopsicosociales, así, la personalidad del niño, situación familiar, ambiente, aceptación por parte de los padres hacia el mismo o enfermedades, entre otras, influirán para el tipo de apego que desarrollan los niños, por ejemplo:

*Infante:* La “personalidad” o temperamento del niño influencia la vinculación. Si un infante es difícil de calmar, irritable o poco responsivo, comparado con uno tranquilo, que pueda calmarse solo, se le hará más difícil desarrollar un apego seguro. La habilidad del infante de participar en la interacción materno-infante puede verse en riesgo debido a alguna condición médica, tales como ser prematuro, defectos de nacimiento o enfermedad.

*Cuidador:* Las conductas del cuidador pueden afectar negativamente la vinculación. Padres que critican, rechazan e interfieren, tienden a tener hijos que evitan la intimidad emocional. Padres abusivos tienden a tener hijos que, al sentirse incómodos con la intimidad, se retraen. Es posible que la madre del niño no sea sensible a su hijo debido a depresión, abuso de sustancias, porque se sienta abrumada por problemas personales, u otros factores que puedan interferir con su habilidad de ser consistente y nutritivo con el niño.

*El ambiente:* Un impedimento importante a la formación de un apego saludable, es el miedo. Si un infante se siente angustiado por un dolor, posible amenaza o un ambiente caótico, se le hará difícil participar, aún en una relación de cuidado amorosa. Infantes o niños que viven en ambientes de violencia doméstica, refugios, violencia comunal o en zonas de guerra, son vulnerables a desarrollar problemas de apego.

*Acoplamiento:* El “acoplamiento” entre los temperamentos y capacidades del infante y la madre es crucial. Algunos cuidadores pueden sentirse muy bien con un infante tranquilo, pero sentirse abrumados por uno irritable. El proceso de prestar atención, leer las señales no verbales y responder a las mismas en forma apropiada, es esencial para mantener experiencias de vinculación que resulten en apegos seguros. A veces el estilo de comunicación y respuestas con que la madre está familiarizada, por sus otros hijos, puede ser que no se ajusten a su nuevo bebé. La frustración mutua de estar fuera de sincronización puede afectar negativamente la vinculación.

Un desarrollo anormal en el proceso de apego o vinculación, puede provocar una serie de trastornos en el niño a futuro. Así por ejemplo:

*Retraso en el desarrollo:* Niños que han sufrido negligencia emocional en su niñez temprana, a menudo tienen retraso en su desarrollo en otros dominios. El vínculo entre un niño pequeño y sus cuidadores provee el mayor vehículo para su desarrollo físico, emocional y cognoscitivo. Es en este contexto primario que el niño aprende el lenguaje, las conductas sociales, y un sinnúmero de otras conductas claves

necesarias para un desarrollo saludable. La falta de experiencias consistentes y enriquecedoras en la niñez temprana, puede tener como consecuencia retrasos en el desarrollo motor, del lenguaje, social y cognoscitivo del niño.

*Hábitos Alimenticios:* Los hábitos alimenticios extraños son comunes, especialmente en niños con problemas severos de negligencia y apego. Estos podrían acaparar comida, esconderla en sus cuartos, comer como si no fuese a haber más comida, aún cuando hayan tenido alimento consistentemente disponible por años. Podrían no prosperar adecuadamente, rumiar los alimentos (vomitar), problemas al tragar y, más tarde en la vida manifestar hábitos alimenticios extraños que a menudo son mal diagnosticado como anorexia nerviosa.

*Conductas calmantes:* Para calmarse, estos niños emplean conductas muy primitivas, inmaduras y bizarras. Podrían morderse, golpearse la cabeza, mecerse, cantarse, arañarse o cortarse. Estos síntomas aumentan en momentos en que sienten angustiados o amenazados.

*Funcionamiento emocional:* Estos niños presentan una gama de problemas emocionales, incluyendo síntomas de depresión y ansiedad. Una de estas conductas comunes es el apego “indiscriminado”. Todos los niños buscan sentirse seguros, por lo cual muchas veces buscan cualquier tipo de apego para su seguridad. Algunas personas fuera de la disciplina clínica pueden pensar que los niños abusados y maltratados son “amorosos” y que abrazan personas que les son prácticamente extraños. Lo que ocurre es que estos niños no desarrollan un vínculo emocional profundo con personas que apenas conocen; más bien estas conductas “afectuosas” son realmente comportamientos que buscan seguridad. Lo cual es preocupante ya

que estas conductas contribuyen a la confusión del niño respecto a la intimidad, y no son consistentes con las interacciones sociales normales.

*Modelaje inapropiado:* Los niños copian la conducta de los adultos, aún cuando ésta sea abusiva. Aprenden que ésta es la forma “correcta” de interactuar con otros, causando problemas en sus interacciones sociales con adultos y otros niños. Por ejemplo, niños que han sido abusados sexualmente, pueden estar en mayor riesgo de ser nuevamente abusados. Varones que han sido abusados sexualmente, pueden convertirse en ofensores sexuales.

*Agresión y crueldad* son los mayores problemas con estos niños. La habilidad de poder emocionalmente “entender” el impacto de nuestra conducta en otros, no funciona en estos niños, debido al pobre control de impulsos. Ellos realmente no entienden o perciben lo que otros sienten cuando ellos hacen o dicen cosas hirientes. De hecho, a menudo estos niños sienten la urgencia de azotar y herir a otros, siempre algo o alguien menos poderoso que ellos. Lastimarán animalitos, niños más pequeños, pares o a sus hermanitos. Uno de los elementos más preocupantes de estas agresiones es que, muy a menudo, están acompañadas por una fría y despegada falta de empatía. Al ser confrontados con su conducta cruel y agresiva, estos niños podrían mostrar arrepentimiento (una respuesta intelectual), pero no remordimiento (una respuesta emocional).

## 2.2. TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.

### 2.2.1. ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.

Durante la infancia temprana, la ansiedad suele manifestarse como miedo a la separación de los familiares cercanos o de las figuras de apego. El temor ante la ausencia de las personas ligadas afectivamente al niño supone un mecanismo de protección ante los peligros del entorno si su intensidad es moderada (Campbell, 1986). Sin embargo, si la ansiedad es desproporcionada y/o supera a lo esperado para el desarrollo evolutivo del niño, puede constituir una alteración psicopatológica, el trastorno de ansiedad por separación (TAS).

La ansiedad puede ser el resultado de circunstancias externas reales, tales como la enfermedad, la incapacidad para realizar algo, el duelo por la muerte de un ser querido, la pérdida de empleo, etc. Puede provenir así mismo de experiencias habituales reales como la ira, el ridículo, la vergüenza y el miedo, o bien de problemas internos de carácter conflictivo, reales o imaginarios, los cuales se hacen evidentes en la pérdida del amor, el sentimiento de haber sido abandonado, estar solo o tener culpa; puede provenir también de frustraciones. A pesar de lo anterior las causas más relevantes que propician la ansiedad son los impulsos, es decir, las tendencias o deseos gestados en el interior del sujeto que este califica de inadmisibles y que no pueden manejar por ser peligrosos o amenazadores para sus normas morales. Estos impulsos suelen estar vinculados con la sexualidad o agresividad (PALMERO, Francesc., FERNANDEZ, Enrique, CHOLIA, Mariano, “*Miedo y Ansiedad*”, 53).

En el trastorno de ansiedad de separación, el niño experimenta ansiedad cuando se separa real o supuestamente de sus seres queridos, especialmente de los padres.

Aparece cuando el niño se tiene que alejar de sus padres, lo que ocurre al tener que ir a la escuela. También se produce esta respuesta cuando los padres tienen que salir de viaje, o el niño tiene que ir a la casa de un amigo.

### 2.2.2. CARACTERÍSTICAS DIAGNÓSTICAS.

Según el DSM – IV, el trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por el temor excesivo a estar alejado de las figuras de apego, tal como se presencia en niños que sostienen relaciones simbióticas con la madre. Los niños con este trastorno tienen dificultad para salir, visitar a sus amigos o permanecer solos en el consultorio si se les priva de la compañía de sus padres, a quienes se aferran con angustia.

Los componentes somáticos incluyen dolor abdominal, náuseas, vómito, diarrea y cefalea, siendo menos comunes las palpitaciones y los mareos. Los síntomas, deben estar presente alrededor cuatro semanas, son más frecuentes cuando el niño anticipa una separación, la cual, si ocurre, puede producir una crisis intensa de angustia o ataque de pánico. El niño siente temor a perder a sus padres o a sufrir ellos mismos, se imaginan tragedias lo cual les impide alejarse de su hogar, dormir en casa de amigos o asistir a la escuela, este “terror intenso asociado a estar en la escuela” se debe, en la mayoría de los casos, por el deseo del niño a no separarse de su madre ni abandonar la seguridad de su hogar.

Las películas de violencia, terror o los relatos sobre peligros refuerzan y engrandecen los temores del niño que piensa que está siendo amenazado por animales, monstruos o teme que su familia sea amenazada. La ansiedad que el niño siente a menudo exige la presencia de uno o ambos padres para poder dormir, e incluso muchas de las veces llegan a dormir en la alcoba de éstos. Los niños relatan

pesadillas repetidas con contenidos de separación, presentan temor a la obscuridad, cuadros depresivos y rabia hacia la figura percibida como causante de la separación.

### 2.2.3. ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD.

Existe evidencia suficiente que sugiere la existencia de factores genéticos en la etiología de los trastornos de ansiedad de separación, fobia social y ansiedad generalizada. Se ha observado que niños con temperamento muy ansioso muestran alto nivel de ansiedad y una reacción adreno-simpática exagerada, cuando son colados en sitios nuevos. Sus madres también tienen altas tasas de ansiedad, depresión y trastorno de pánico. Los estudios en gemelos y familias indican la presencia de factores de riesgo hereditarios.

### 2.2.4. SÍNTOMAS Y TRASTORNOS ASOCIADOS.

Los niños con trastorno de ansiedad por separación tienden a proceder de familias cuyos miembros están muy estrechamente unidos. Al alejarse del hogar o de las personas con quienes están más vinculados pueden manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultades para concentrarse en el trabajo, estudio o juego. En función de su edad los sujetos pueden experimentar miedo a los animales, monstruos, obscuridad, fantasmas, ladrones, secuestradores, accidentes automovilísticos, viajes en avión y otros acontecimientos o situaciones percibidas como peligrosas para la integridad de la familia o para si mismos. Son frecuentes las preocupaciones acerca de la muerte o morir. La negativa a ir a la escuela puede acarrear problemas académicos y evitación social. Los niños pueden quejarse de que nadie les quiere o de que nadie les cuida, y que otros desearían que estuvieran muertos. Cuando están muy alterados ante la presencia de una separación, pueden

mostrarse coléricos y agredir a quien esta forzando esa separación. Estando solos especialmente por la noche o en la oscuridad, los niños de menor edad pueden explicar experiencias perceptivas inusuales por ejemplo ver personas que dan vueltas en su habitación, monstruos que intentan cogerlos. Los niños con este trastorno suelen ser descritos como exigentes, intrusivos y precisando atención constante. Las excesivas peticiones del niño pueden producir frustración en los padres, dando lugar a resentimientos y conflictos en la familia. Algunas veces estos niños son descritos como desusadamente consientes, cumplidores y dispuestos a agradar. Los niños pueden manifestar quejas somáticas que dan lugar a exploraciones físicas y a intervenciones médicas.

Con frecuencia hay un estado de ánimo deprimido que puede persistir a lo largo del tiempo, justificando en algunos casos un diagnóstico adicional de trastorno distímico o trastorno depresivo mayor. El trastorno puede proceder con el desarrollo de un trastorno de angustia con agorafobia. Especialmente en unidades clínicas puede ser frecuente la comorbilidad con otros trastornos de ansiedad.

#### 2.2.5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Según el DSM-IV, la ansiedad por separación puede ser una característica asociada a trastornos generalizados del desarrollo, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. Si los síntomas del trastorno de ansiedad por separación aparecen exclusivamente en el transcurso de uno de estos trastornos, no se establece el diagnóstico separado de ansiedad por separación. El trastorno de ansiedad por separación se distingue del trastorno de ansiedad generalizada en que la ansiedad se refiere predominantemente a la separación respecto del hogar y de las personas vinculadas. En niños y adolescentes con trastorno de ansiedad por separación, las

amenazas de separación pueden dar lugar a la ansiedad extrema e incluso a un trastorno de angustia. A diferencia de lo que sucede en el trastorno de angustia, la ansiedad se refiere a la separación respecto de las personas vinculadas o del hogar mas que ha estar incapacitado por una crisis de angustia inesperada. En los adultos el trastorno de ansiedad por separación es raro y no debe establecerse como diagnóstico adicional si los temores de separación se explican mejor por la presencia de agorafobia dentro de un trastorno de angustia por agorafobia o una agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

El “hacer rabietas” es frecuente en el trastorno disocial pero en este caso la ansiedad por separación no es la responsable del absentismo escolar, y el niño acostumbra a estar fuera de casa más que a regresar a ella. Algunos casos de negativa a ir a la escuela, especialmente en la adolescencia, se deben a fobia social o a trastorno del estado de ánimo más que por una separación.

Los niños con trastorno de ansiedad por separación pueden volverse negativista cuando se les fuerza a separarse de las personas con las que se sienten vinculados. El trastorno negativista desafiante solo debería diagnosticarse si existe conducta negativista en momentos distintos de la separación o cuando ésta se anticipa. De modo similar los niños con trastorno de ansiedad por separación pueden deprimirse mientras están separados o anticipan la separación. Solo debería diagnosticarse un trastorno depresivo si la depresión se produce en otras circunstancias.

A diferencia de las alucinaciones observadas en los trastornos psicóticos, las experiencias perceptivas inusuales del trastorno de ansiedad por separación suelen basarse en una percepción errónea de un estímulo real, solo suceden en determinadas situaciones (por ejemplo de noche) y son reversibles ante la presencia de una persona vinculada. Debe utilizarse el juicio clínico para distinguir unos niveles de ansiedad

por separación propios de la etapa de desarrollo del sujeto de las preocupaciones por la separación clínicamente significativas observadas en un trastorno de ansiedad por separación.

#### 2.2.6. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

##### CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.

A. Se trata de una ansiedad excesiva o no adecuada a la edad del niño, relacionada con la separación del hogar o de figuras importantes. Se debe dar en al menos 3 de estas circunstancias:

- 1) Excesivo malestar repetido cuando hay o anticipa una separación respecto el hogar o figuras importantes (padres, cuidadores...)
- 2) Gran preocupación persistente por perder las personas con las que se halla vinculado o porque éstas sufran daño.
- 3) Gran preocupación persistente porque se produzca un acontecimiento que le separe de las figuras con las que mantiene más vínculos (por ejemplo secuestro).
- 4) Resistencia o negativas repetidas a ir al colegio o cualquier otro lugar que implique separación.
- 5) Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar sin las principales figuras vinculadas en el hogar o en otros lugares.
- 6) Resistencia o negativa persistente a irse a dormir sin una persona significativa cerca.
- 7) Repetidas pesadillas con contenido de separaciones.
- 8) Quejas repetidas de síntomas físicos al ocurrir o anticipar una separación respecto a las figuras significativas.

B. El trastorno ha de durar 4 semanas.

C. Debe iniciarse antes de los 18 años.

D. Provoca en la persona un malestar significativo y causa deterioro en áreas importantes de la vida del niño, como es el colegio, el trabajo o las relaciones sociales.

E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pos psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

### 2.3. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

#### 2.3.1. TEORÍA COGNITIVA CONDUCTUAL.

La terapia cognitiva se basa en el aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tiene su origen en los modelos del condicionamiento clásico operante. La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977, Rotter 1982), se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente y de que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución. Los contextos influyen en la conducta y la conducta a su vez da forma a los contextos; en ocasiones, son los contextos los que ejercen una mayor influencia sobre la conducta de la persona, y otras veces, son las preferencias, las disposiciones y las características personales las que determinan la conducta.

La teoría del aprendizaje social anima explícita e implícitamente a los profesionales a examinar la influencia mutua y dinámica que se da entre los individuos y el contexto en el que se manifiesta su conducta. Y, además a examinar la forma en que la conducta subsiguiente influye en las circunstancias presentes.

La terapia cognitiva sostiene que hay cinco elementos interrelacionados, estos incluyen el contexto interpersonal y ambiental, la fisiología, las emociones, la conducta y la cognición del individuo. Los síntomas cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos se presentan en un contexto interpersonal/ambiental. Así, el modelo incorpora explícitamente los aspectos relacionados con los contextos sistémicos, interpersonales y culturales que son de una importancia fundamental en la psicoterapia infantil. Los síntomas no aparecen de la nada, y los profesionales deben tener en cuenta las circunstancias particulares de cada niño a la hora de realizar su evaluación y tratamiento. En general, sin dejar de tener en cuenta el contexto, los terapeutas cognitivos intervienen en el nivel cognitivo conductual para influir en los patrones de pensamiento, conductual, emoción y reacción corporal.

La forma en que los niños interpretan sus experiencias determina profundamente su funcionamiento emocional. Su punto de vista debe ser un foco de atención fundamental en el tratamiento. La manera en que los niños construyen paquetes mentales sobre sí mismos, sobre sus relaciones con otras personas, sobre sus experiencias y sobre el futuro influye en sus reacciones emocionales. Los niños no reciben ni responden pasivamente a los estímulos ambientales. En lugar de ello, elaboran activamente la información seleccionando, codificando y explicando las cosas que les suceden a sí mismos

y a los demás. (Alford y Beck, 1997). (FRIEDBERG, Robert D., McCLURE, Jessica M., *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, 18).

El procedimiento del procesamiento de la información tiene una gran organización jerárquica, la que está formada por productos, operaciones y estructuras cognitivas.

Así, los pensamientos automáticos son pensamientos o imágenes que forman parte del flujo de conciencia, que varían de acuerdo a la situación y pasan por las mentes de las personas cuando se da un cambio en su estado anímico.

En cambio, las distorsiones cognitivas son manifestaciones de procesos cognitivos, transforman la información que llega del exterior consiguiendo que los esquemas cognitivos permanezcan intactos. Las distorsiones cognitivas provocan procesos de asimilación y mantienen la homeostasis.

Los esquemas cognitivos son estructuras nucleares de significado que dirigen la atención, la codificación y el recuerdo. Los esquemas dirigen las operaciones y los productos cognitivos. Estas estructuras cognitivas reflejan las creencias más básicas de los individuos. Se almacena en la memoria de modo que una persona pueda reconocer un acontecimiento pasado.

El material de los esquemas es relativamente inaccesible y a menudo permanece oculto hasta que es activado por un estresor. En la teoría cognitiva, los esquemas pueden ser un factor de vulnerabilidad que predisponga a los niños al malestar emocional. Los esquemas se desarrollan en edades tempranas, se van reforzando a lo largo del tiempo y se consolidan en la adolescencia y los primeros años de la edad adulta a través de la repetición de experiencias de aprendizaje. El material esquemático temprano

puede ser codificado a nivel preverbal, por lo que puede contener imágenes no verbales además de material verbal. Los esquemas de los niños pueden no estar consolidados como los de los adultos (18).

La terapia cognitiva estudia los sistemas de procesamiento de información del niño, con el fin de identificar sus pensamientos automáticos y sus esquemas cognitivos, intentando establecer su relación con la activación de las emociones negativas del niño.

### 2.3.2. TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES.

#### 2.3.2.1. RELAJACIÓN.

El entrenamiento en relajación es una técnica conductual que puede aplicarse a toda una serie de problemas como la ansiedad y el control de la ira. La relajación muscular progresiva consiste fundamentalmente en tensar y relajar alternativamente grupos musculares concretos, se sugiere solo tensar los músculos hasta tres cuartas partes del máximo. Se recomienda hacer que las sesiones de relajación con los niños sean breves e incluyan solo algunos grupos musculares, también es recomendable que el tono de voz con que se dirige el terapeuta al niño sea suave, melódica, cálida y que siga un ritmo más lento que el patrón del habla normal, un tono monótono y algo aburrido puede facilitar la relajación del niño, en la relajación se recomienda realizar entre cinco y diez segundos de tensión muscular por cada veinte segundos de relajación muscular. El vocabulario que se maneja en la relajación debe estar adaptado al nivel de desarrollo del niño.

Otra forma de relajación muy buena para niños, es la que incluyen metáforas y analogías, por ejemplo hacer presión con los dientes como si mordieran un caramelo duro.

Otra opción para relajación en niños es la de LAS DIEZ VELAS, aquí se invita al niño a imaginar una fila de diez velas, se le da la instrucción al niño de apagar una vela cada vez que expulse el aire. Esta técnica es muy efectiva ya que cada vez que el niño apaga una vela el niño inhala y exhala aire en el entrenamiento en relajación, además el hecho de que el niño imagine las velas, lo anima a realizar más esfuerzo cuando exhalan. La visualización logra que los niños se impliquen más y les mantiene ocupados. Cuando se están esforzando para visualizar las velas, tienen menos espacio mental para desviarse del tema.

Un ejemplo de relajación para niños ansiosos si con la relajación muscular no se consigue que dejen de moverse, se puede intentar utilizar los movimientos como señales para alcanzar una relajación más profunda, esto puede realizarse haciendo que el niño de golpes con los pies y diciéndole que cada vez se relajará más y más, otra puede ser decirle al niño que cada vez que se cambie de posición en la silla se relajará aún más. También puede ser útil que las sesiones de relajación sean más cortas o mostrar una analogía deportiva, ya sea un video de básquet en el que el jugador esta a punto de ensartar un tiro, o uno de fútbol, para lo cual se deberán tener los videos preparados.

#### 2.3.2.2. IDENTIFICACIÓN DE EMOCIONES

La identificación de emociones en niños suele exigir una creatividad cuestionable ya que tienen poca experiencia en la expresión de estados emocionales. Una buena estrategia inicial es adoptar un sistema sencillo de clasificación de emociones. A los

niños muy pequeños un sistema complejo que les obligue a hacer distinciones ligeras puede resultarles complicado, por ejemplo, entender la pequeña diferencia entre sentimientos como enojo, irritación, frustración y enfado puede ser muy difícil para ellos. Para lo cual se puede utilizar el modelo tradicional de clasificación, con emociones de enfado, tristeza, alegría, miedo y preocupación, utilizando para ello diferentes técnicas como el gráfico de caras con diferentes opciones en su presentación.

#### 2.3.2.2.1. GRÁFICO DE CARAS

Este gráfico presenta imágenes que muestran expresiones faciales diferentes e incluye etiquetas que dan nombre a la emoción que representa cada imagen. Aunque estos gráficos dan buenos resultados con la mayoría de los niños, tienen algunas limitaciones. Hay que tener en cuenta de que no puede haber demasiadas caras para que los niños más pequeños puedan escoger entre ellas y no se confundan, las palabras que se deben utilizar para describir las emociones de los niños deben estar de acuerdo a la edad y a la cultura del niño.

Una buena opción sería crear los gráficos, animando a los niños a hacer sus propias creaciones, es decir, dibujar caras en blanco, para que los niños puedan escoger el color de la piel y las características faciales, con sus propias etiquetas de emociones. A menudo, la realización de estos gráficos es una forma de romper el hielo con los niños. Se les invita a dibujar tres o cuatro caras y a poner las etiquetas.

Cuando los niños son muy ansiosos se les puede hacer dibujar sus emociones en la imagen de un personaje, una buena opción sería por ejemplo un ratón llamado Tedy, en el cual se pueda utilizar también las etiquetas en el dibujo. El hecho de ponerle a Tedy una cara que exprese sus emociones parece permitir a los niños

identificarse con el ratón proporcionándoles al mismo tiempo la distancia suficiente para facilitar la expresión emocional.

Otra variación de esta técnica es el uso de fotografías sacadas de revistas viejas, se le da al niño una revista y le pedimos que recorte fotos de personas que estén experimentando emociones diferentes. El niño pega las fotos en una cartulina o papel y escribe la emoción correspondiente debajo de cada imagen.

La creación de un gráfico individualizado de caras de emociones tiene una gran ventaja, por ejemplo, si las buscan en las revistas, los niños pueden recortar fotografías de personas que sean modelos para ellos, también tienen la posibilidad de escoger las fotos que más les recuerden a si mismos. De este modo, la tarea puede incluir variables culturales y representar circunstancias de su vida real y por último, el proceso permite normalizar la expresión emocional.

#### 2.3.2.2.2. SEMÁFORO DE EMOCIONES

Las señales de tráfico son otra forma de registrar la intensidad de las emociones en los niños, este ejercicio ayuda a puntuar la intensidad de las emociones y facilita el uso de metáforas fáciles de comprender. Por ejemplo, emociones muy intensas pueden provocar parálisis conductuales y cognitivas en el niño. El niño ve la luz roja y se detiene. Si un niño se da cuenta de que una emoción intensa puede hacer que se detenga como si fuera un semáforo en rojo, comprenderá mejor el papel que la emoción desempeña en su vida.

#### 2.3.2.3. ROLE PLAYING

El role playing es una técnica que proporciona el entrenamiento de habilidades sociales y que permite generar emociones y pensamientos significativos. Se debe

procurar que la simulación del papel que representamos sea lo más real posible. Para obtener información sobre el papel, debemos hacer preguntas concretas a los niños. Si hacemos el papel de un amigo, padre o un profesor, tenemos que saber varias cosas del papel que interpretamos. Para conocerlo mejor, tenemos que pedirle al niño que nos diga como podría reaccionar, qué gestos suele hacer, que cosas le gustan y cuáles no le gustan. Además, es muy probable que los acontecimientos que rodean a un problema que requiere una intervención de role playing sean estresantes para el niño. Y debemos introducir los elementos que provocan malestar en nuestra simulación.

#### 2.3.2.4. CONTROL DE CONTINGENCIA

Las contingencias hacen referencia a la relación que se establece entre las conductas y sus consecuencias. El control de contingencias especifica el tipo de recompensas que dependen de ocurrencias específicas de respuestas conductuales concretas. Permite aumentar la presencia de nuevas conductas más adaptativas entregando una recompensa cuando aparecen y reducir la frecuencia de conductas problemáticas retirando o absteniéndose de entregar refuerzos.

El control de contingencias empieza con la identificación de las conductas que queremos aumentar o disminuir. Debemos expresar claramente la naturaleza de la conducta esperada y su duración. Una vez identificada la conducta de objetivo, se establecen las contingencias (con frases de tipo si..... entonces).

Para formar la conducta también debemos reforzar los primeros cambios que se dan en dirección del objetivo. Cuando consigamos que esto suceda, podemos pasar a identificar y reforzar otras conductas. Establecer una lista gradual de tareas que sea posible de realizar es un ingrediente fundamental del modelado de la conducta.

Hay que tener en cuenta que los niños pierden la confianza en las personas que establecen contingencias pero no las cumplen. Y, por otro lado, el incumplimiento reiterado de las contingencias puede hacer que se sientan desprotegidos.

Una técnica que maneja el control de contingencias es la técnica del time out o tiempo fuera.

#### 2.3.2.4.1. TÉCNICA DEL TIME OUT O TIEMPO FUERA

Consiste en alejar al niño del lugar en donde está ocurriendo el comportamiento desagradable y ponerlo y sea contra una pared o en algún lugar de la casa en donde el niño no tenga con que distraerse, el tiempo de permanencia en dicho lugar se establece de acuerdo a la edad del niño, es decir un minuto por cada año del niño, así, si el niño tiene 3 años se le aparta durante 3 minutos, si tiene 8 años y medio, 8 minutos y medio, si el niño muestra resistencia se puede dejar un minuto más por cada momento de resistencia del niño.

Esta técnica se puede utilizar para cambiar alguna conducta del niño que no es apropiada.

Para realizar esta técnica, antes de ponerla en práctica se debe hablar con el niño y explicarle que se va a proceder de dicha manera cada vez que actúe con una conducta que no sea la apropiada. Siempre se le debe decir al niño el motivo por el que está en el lugar que se crea apropiado para aplicar dicha técnica, se le pide que recapacite sobre lo que hizo y al finalizar el tiempo se conversa con el niño acerca de lo que pensó y se le aconseja. No se debe pasar del tiempo establecido.

El tiempo fuera de juego o en el rincón funciona mejor con niños de edades entre dos y doce años aproximadamente.

#### 2.3.2.5. PREDICCIÓN DEL PLACER Y PREDICCIÓN DE LA ANSIEDAD.

En la predicción del placer, el niño planea una actividad y después predice cuanto va a disfrutar con ella. Cuando ya lo ha hecho, puntúa lo bien que se ha pasado en realidad, comparando el nivel de satisfacción real con el nivel esperado. En la predicción de la ansiedad los niños muy ansiosos pueden sobrestimar su nivel de malestar, esperan que las circunstancias sean más estresantes de lo que son en realidad. Por eso, se invita a los niños a predecir su nivel de ansiedad, realizar la tarea y después puntuar la ansiedad que siente realmente. Esta técnica es el comienzo para que los niños comprueben por si mismos que sus predicciones suelen exagerar el malestar que les provoca las situaciones. En los casos en que la puntuación que se predice es inferior a la que ellos imaginan, aprenden que se pueden realizar tareas aunque prevean y experimenten sensaciones de ansiedad.

#### 2.3.2.6. DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Es un proceso de contracondicionamiento que se utiliza para reducir los miedos y la ansiedad. La desensibilización sistemática implica emparejar estímulos que generan ansiedad con un agente que produce un contracondicionamiento (que suele ser la relajación). La representación simultánea hace que la ansiedad sea inhibida por su opuesto o recíproco (relajación). También se utiliza el término Inhibición recíproca.

Para realizar una desensibilización sistemática, hay que establecer una jerarquía de ansiedad y hacer un entrenamiento con relajación. El proceso de la desensibilización sistemática comienza dividiendo el miedo en sus elementos constituyentes. La intensidad de la ansiedad se puntúa (del 1 al 10) y se establece

una jerarquía, luego se aíslan agrupaciones de estímulos generadores de ansiedad y se disponen siguiendo un orden jerárquico. Debemos hacer preguntas como ¿Qué hace que tal situación sea un 4?, ¿Qué se te pasaba por la cabeza?, ¿Quién estaba contigo?, ¿Qué haces cuando sientes un 4?, ¿Qué sensaciones corporales tienes con un 4?, se puede anotar las respuestas en una tarjeta o con los niños más pequeños se puede dibujar las escenas. Una vez dividido el miedo el procedimiento empieza con el elemento más bajo de la jerarquía, se pide al niño que se relaje y se invita al niño a imaginarse algo agradable. Cuando está relajado, se presenta el primer elemento y se le pide que indique si siente ansiedad levantando su dedo, cuando el niño levanta el dedo se le dice que deje de imaginarse tal escena y se le pide que recuerde la escena agradable de antes. A medida que el niño va dominando las escenas, se avanza en las jerarquías hasta lograr dominar el nivel más intenso de miedo.

Como recomendación es bueno presentar 3 o 4 veces la escena generadora de ansiedad durante al menos 5 o 10 segundos, ampliándose la exposición cada vez más. Otra recomendación es que la relajación al niño se amplíe cada vez más aproximadamente entre 15 y 20 segundos.

## CAPÍTULO III

### PROPUESTA TERAPÉUTICA

#### 3.1. PLAN ESTRATÉGICO COGNITIVO CONDUCTUAL.

##### OBJETIVOS

- Reconocer los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas
- Detectar los pensamientos del niño en las situaciones que le provocan ansiedad.
- Desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad.
- Evaluar su propia actuación y autorreforzarse cuando sea adecuado.

##### ESTRATEGIAS

- Exposición en vivo.
- Role-playing.
- Relajación.
- Refuerzo contingente.

##### APLICACIÓN

Individual.

La duración de las sesiones será de 60 minutos cada una, las mismas que se realizarán una vez por semana, por un período de dos meses y medio, cumpliendo de esta manera las 10 sesiones planeadas.

## CONTENIDO DE LAS SESIONES.

- Primera Sesión:

Obtención de datos para la Historia Clínica.

Entrevista con los padres y con el niño.

- Segunda Sesión:

Aplicación de reactivos psicológicos.

- Tercera Sesión:

Toma de contacto entre el terapeuta y el niño, y obtención de información sobre las situaciones que le provocan ansiedad, tanto por parte del niño como de los padres.

Identificación de los distintos tipos de sentimientos o emociones.

- Cuarta Sesión:

Construcción de una jerarquía de las situaciones que generan ansiedad y reacciones somáticas.

Relajación.

- Quinta Sesión:

Se trabajará en relajación mediante técnicas cognitivo conductuales:

- ✓ Relajación muscular.

- ✓ Diez velas

- ✓ Caramelos en la boca.

Los ejercicios de relajación continuarán en la casa, y con ayuda de grabaciones auditivas que se utilizan fuera de las sesiones, esto se logrará con la colaboración de

uno de los padres para revisar los objetivos del tratamiento e intercambiar información sobre la ansiedad del niño.

- Sexta Sesión:

Reconocimiento de emociones.

- ✓ Gráfico de caras

- ✓ Semáforo de emociones.

Desarrollo de estrategias de afrontamiento a la ansiedad.

Revisión de los conceptos y habilidades aprendidas en las sesiones anteriores.

- Séptima Sesión:

Práctica de las habilidades aprendidas en situaciones que no le provocan ansiedad y posteriormente exposición a situaciones que le provocan ansiedad leve, primero de forma imaginaria y después en vivo. Para ello, se utilizan técnicas de modelado y de role playing.

- Octava Sesión:

Exposición del niño a situaciones reales e imaginativas que le provocan ansiedad elevada, apoyándose en el *role-playing* y en la administración de refuerzo (contingencias).

- Novena Sesión:

Práctica de las habilidades de afrontamiento en situaciones que provocan mucha ansiedad. Elaboración de un trabajo en el que se explique a otros niños como afrontar la ansiedad.

Se prepara al niño para el cierre de las sesiones.

- Décima Sesión:

Revisión de las estrategias aprendidas e invitación para practicar las habilidades de afrontamiento en la vida diaria.

Cierre de sesiones.

Para la realización de la terapias se contará con un lugar de consulta en el cual pueda requerirse una atención individual, de pareja o grupal, por lo cual es necesario diferenciar áreas distintas dentro del ámbito físico del local consultorio, este consta con un área privada para atender y establecer un diálogo con los pacientes, donde se interactúa el motivo de su consulta en un ambiente de confidencialidad. En el caso de trabajar con niños se tendrá un área adecuada para poder realizar la terapia de juego con los instrumentos y materiales necesarios para el mismo, se contará también con un área pública de espera para pacientes y familiares.

El consultorio debe brindar un ambiente agradable y de confort, de privacidad y seguridad para los usuarios. Debe ser de fácil acceso para todas las personas, especialmente para aquellas con movilidad reducida.

El ambiente físico debe contar con una adecuada ventilación e iluminación, preferiblemente natural. Estar pintado con colores claros que reflejen la luz y brinden un ámbito cálido y amable para sus usuarios. Garantizar la privacidad del paciente, tanto visual como auditiva, hacia y desde otros locales o circulaciones. Tener el

mobiliario mínimo necesario para brindar una adecuada atención. Contará con las baterías de tests y materiales necesarios para cada caso.

## CONCLUSIONES

Los trastornos de ansiedad en la población infantil y adolescente tienen formas de presentación diferentes a las de los adultos y varían dependiendo de la etapa del crecimiento. Su aparición dentro de la población no discriminada edad, sexo, clase social, raza o idioma.

El adecuado conocimiento de dichas particularidades, en edades tempranas, permite a los encargados de la salud mental orientar de manera eficaz su manejo y así evitar la permanencia y empeoramiento de dichos cuadros en la edad adulta, además de mejorar el normal desarrollo y desempeño de los niños y niñas afectados por cualquiera de las formas de ansiedad.

Hay que tener en cuenta que el trastorno de ansiedad por separación tiene sus orígenes en la infancia, y está enlazado con el tipo de relación que tanto el niño/a con la madre o figura de apego desarrollan, ya que ésta es la encargada de formar al niño con bases sólidas y estables suficientes para enfrentar el mundo.

En el presente caso la ansiedad que presenta el niño está siendo reforzada por las conductas que la madre ha adquirido frente al problema, ya que ésta al tratar de protegerlo está acentuando de manera inconsciente la ansiedad del niño, evitando de esta manera que su hijo se desenvuelva satisfactoriamente.

La finalidad del presente trabajo es dar a conocer una opción de terapia cognitivo conductual para el tratamiento de Ansiedad por separación, tanto a los estudiantes de la Universidad del Azuay, como a otras personas interesadas en el tema, ya que este es un trabajo claro y sencillo en cuanto a su comprensión.

Este trabajo es una herramienta de trabajo clínico, el mismo que nos servirá para la evaluación y la detección temprana del trastorno de ansiedad por separación.

BIBLIOGRAFÍA.

1. American Psiquiátrica Asociación, “*Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales*”, MASSON, S.A. 2002.
2. BECK, Aaron. “*Terapia Cognitiva*”, Ediciones Paidós Ibérica S.A., 1976
3. BOWLBY, J., *La separación afectiva*. Ediciones Paidós: Barcelona, 1985.
4. CHELIZ, Mariano, FERNÁNDEZ ABASCAL, PALMEDO, Francesc, Enrique G., MARTINEZ, Francisco, “*Psicología de la Motivación y la Emoción*”, MCGRAW-HILL, México, 2002.
5. COON, Dennis, “*Psicología Exploración y Aplicación*”, Internacional Thomson Editores, 1999.
6. DUSKIN, Ruth., PAPALIA, Diane E., WENDKOS OLDS, Sally., “*Desarrollo Humano*”, MCGRAW-HILL, México, 2004.
7. DUSKIN, Ruth., PAPALIA, Diane E., WENDKOS OLDS, Sally., “*Psicología del Desarrollo de la Infancia a la Adolescencia*”, MCGRAW-HILL, México, 2005.
8. FRIEDBERG, Robert D., McCLURE, Jessica M., “*Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*”, PAIDOS, Barcelona, 2001.
9. LYDDON, William J., JHONS, Jhon V., “*Terapias cognitivas con fundamento empírico*”, MANUAL MODERNO, México, 2002.
10. GROSS, Richard D., *Psicología “Ciencia de la Mente y la Conducta”*, MANUAL MODERNO, 2004.
11. LOREDO, Garrison, “*Psicología*”, MCGRAW-HILL. México, 1992.
12. MAISTO, Albert A., MORRIS, Charles., “*Psicología*”, PEARSON EDUCATION, México, 2001.
13. PALMERO, Francesc, FERNÁNDEZ, Enrique, CHOLIA, Mariano. “*Psicología de la Motivación y la Emoción*”, MC GRILL, España 2002.

14. TORO, Ricardo J., YEPES R. Luis Eduardo., "*Psiquiatría*", CORPORACION PARA INVESTIGACIONES BIOLÓGICAS, Medellín, Colombia, 2004.

[http://www.actad.org/actad\\_cas/ansiedad\\_por\\_separacion.php](http://www.actad.org/actad_cas/ansiedad_por_separacion.php).

<http://www.amssac.org/biblioteca%20sexualidad%20conceptos.htm>.

[http://www.angelfire.com/psy/ansiedaddeseparacion/new\\_page\\_6.htm](http://www.angelfire.com/psy/ansiedaddeseparacion/new_page_6.htm).

## TEST DE ROBERTO

NOMBRE: Carlos  
 EDAD: 4 años  
 FECHA: 22-03-2010

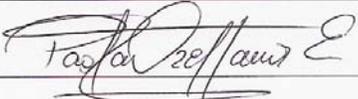
**INSTRUCCIONES:** Conozco a un niño llamado Roberto y quiero saber si tu puedes adivinar que clase de niño es, y porque actúa de la manera que lo hace. Dime lo que se te ocurra.

1. Roberto no juega con los niños. ¿Por qué?  
Porque puso, estaba bravo
2. El profesor de Roberto quiso hablar con él después de clases. ¿Por qué?  
Porque le asustó los niños
3. Roberto se despierta a media noche. ¿Por qué?  
Porque se hizo diablo
4. Cuando el papá de Roberto llega tarde en la noche. ¿Qué pasa?  
Cuando viene a foser
5. Roberto tuvo un sueño anoche. ¿Qué sueño?  
Sueño que cogio los juguetes de los niños.
6. Roberto trajo ayer la libreta de notas. ¿Qué pasó?  
\_\_\_\_\_
7. Roberto llega a casa llorando el otro día. ¿Qué pasó?  
Porque estaba en la escuela
8. Roberto hizo enojar a su mamá el otro día ¿Por qué?  
Porque le hablo le dijo majadero
9. Roberto se fue a su cuarto. ¿Por qué?  
Porque le mandó su mamá.
10. Roberto siente que le tratan mal a veces ¿Por qué?  
Porque se fue a la escuela
11. Ayer pasó algo malo. ¿Qué fue?  
En la escuela se puso mal, se puso bravo.
12. Hay algo que a Roberto no le gusta de su papá ¿Qué es?  
Porque quiere bañarse con su papi
13. Roberto piensa que su mamá y su papá no le quieren ¿Por qué?  
Porque se puso enojada.
14. Roberto no quiere ir a la escuela. ¿Por qué?  
Porque no quiere irse y quiere quedarse en la casa.
15. Hay de su profesora que no le gusta mucho a Roberto ¿Qué es? ¿Por qué?  
Quiere preguntarle si puede jugar con el regalito y no le trajo.
16. A veces Roberto se enoja en su escuela. ¿Por qué?  
Porque la profesora le habló.

17. A veces Roberto no quiere hacer lo que su mamá le dice ¿Por qué pasa?  
Porque no quiere hacer los deberes
18. A veces Roberto pelea con su hermano ¿Por qué? ¿Qué pasa entonces?  
Porque le hizo enojar y no jugó con él. Le mandó a su cuarto la mamá.
19. A Roberto no le gusta un niño de su clase. ¿Por qué?  
Porque le hizo enojar y la señora le habló.
20. A veces Roberto se pone nervioso en la escuela. ¿Por qué?  
Porque se enoja, se sentó y se fue a la casa.
21. Un día Roberto se fue de la casa. ¿Por qué?  
Porque se fue con una bici y le robó.
22. A veces Roberto se pone muy triste. ¿Por qué?  
Porque le mandó la mamá a su cuarto y no pudo jugar.
23. Roberto casi siempre quiere estar solo. ¿Por qué?  
Esta jugando tenis
24. Una vez Roberto quiso correr lejos de su casa o escuela. ¿Por qué?  
Porque se puso bravo con su papi.
25. A Roberto no le gusta que lo lleven delante de la clase. ¿Por qué?  
Porque la mamá le hizo que vaya a la casa y se puso a llorar en la cama de la mamá.
26. ¿Cuántos años crees tu que tiene Roberto?  
10 años.
27. Si Roberto pudiera hacer lo que él quisiera. ¿Qué crees tu que él haría?  
Les haría jugar con la compu y la mamá le mandó a jugar afuera.
28. ¿Qué es lo que Roberto desea más en el mundo?  
Quiere irse a la escuela.
29. Si Roberto tuviera poderes mágicos y pudiera cambiar a sus padres, profesores o conocidos ¿Cómo los cambiara?  
Les haría una rana.
30. Si Roberto pudiera convertirse en un animal. ¿Qué animal crees que le gustaría ser? Y ¿que animal no le gustaría ser? ¿Por qué?  
León porque le asusta y le comió.  
 No le gusta la jirafa porque se resalta.

#### APRECIACIÓN PSICOLÓGICA

Muestra temor ante sus compañeros, al hacer referencia a la escuela la relaciona con llanto y ve como algo malo que le sucede, prefiere quedarse en casa que ir a la escuela.  
 Relación con padres se lleva bien, aunque con la madre un poco de enojo debido a que ella lo reprende.

  
 RESPONSABLE.

EARLY CHILDHOOD INVENTORY-4 (versión padres)  
 (Sprafkin & Gadow, 1996) - Versión experimental  
 Unitat de Psicopatologia Clínica Infanto-Juvenil.  
 Universitat Autònoma de Barcelona

Nombre: Calle Apellidos: .....

Fecha: 22-03-2010 Edad: 4 años Nivel: ..... Colegio: .....

**INSTRUCCIONES**

Responda a cada cuestión con una cruz (X) valorando el grado en que su hijo/a presenta cada una de las conductas descritas durante los últimos 6 meses.

		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
1	Usa palabras para comunicar sus necesidades				1
2	Entiende cuando otras personas hablan con él/ella				1
3	Mantiene conversaciones con usted acerca de actividades o acontecimientos				1
4	Pronuncia palabras para que otras personas puedan entenderlo				1
5	Parece tener una coordinación de movimientos pobre o torpe	0			
6	Tiene dificultades en la coordinación manual tales como al usar tijeras, lápices, bloques o manipulando objetos pequeños		0		
7	Tiene dificultades con su autocuidado (lavarse, comer, vestirse, etc.)	0			
8	Parece feliz cuando juega con otros niños/as				1
9	Parece contento cuando juega solo/a			1	
10	Juega con otros niños/as de su edad				1
11	Busca ser consolado cuando se siente herido				1
12	Quiere gustar a los adultos		0		

	CATEGORIA A: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
1	No presta atención a los detalles o comete errores por descuido		0		
2	Tiene dificultad en prestar atención a tareas o actividades de juego (mirando un libro, dibujos, etc.)		0		
3	Parece no escuchar cuando se le habla directamente			1	
4	Empieza una actividad sin acabar la anterior			1	
5	Tiene dificultad para organizar tareas y actividades		0		
6	Evita realizar tareas que requieren esfuerzo mental (puzzles, etc.)	0			
7	Extravía cosas que necesita para sus actividades		0		
8	Se distrae fácilmente por cosas que pasan a su alrededor		0		
9	Es olvidadizo/a en actividades diarias		0		
10	Mueve en exceso manos y/o pies y se mueve en su asiento	0			
11	Tiene dificultad en permanecer sentado/a cuando se le pide que lo haga		0		
12	Corretea o trepa sobre las cosas cuando se le dice que no lo haga	0			
13	Le es difícil jugar tranquilo/a	0			
14	Se mueve constantemente o actúa como si estuviera movido por un motor	0			
15	Habla excesivamente	0			
16	Responde a las preguntas precipitadamente antes de que hayan sido completadas	0			
17	Le es difícil esperar su turno en actividades de grupo		0		
18	Interrumpe conversaciones o se entromete en actividades de otros niños/as	0			
19	Cuando se le pide cambiar de actividad, tiene dificultades en atender a la nueva tarea	0			
20	Sueña despierto/a. Actúa como si estuviera ausente	0			

	CATEGORIA B: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
21	Pierde la paciencia	0			
22	Discute con los adultos		0		
23	Desafía o rechaza hacer lo que se le pide			1	
24	Molesta deliberadamente a otras personas	0			
25	Culpa a otros de sus errores o mal comportamiento			1	
26	Es susceptible o frecuentemente se siente molesto por los demás	0			
27	Es colérico y resentido	0			
28	Es rencoroso o vengativo	0			

	CATEGORIA C: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
29	Miente en cosas importantes			1	
30	Fanfarronea, amenaza o intimida a los demás		0		
31	Inicia peleas físicas	0			
32	Roba cosas	0			
33	Destruye deliberadamente la propiedad de los demás	0			
35	Utiliza objetos como arma cuando pelea (tijeras, piedras, palos, etc.)	0	1	1	1
36	Manifiesta crueldad física con los animales	0	1	1	1
37	Manifiesta crueldad física con las personas	0	1	1	1
38	Está preocupado por el sexo o presenta conductas relacionadas (roces, tocamientos, etc.)	0	1	1	1

	CATEGORIA PCS: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
39	Se apropia de las cosas de otros niños	0			
40	Lanza objetos a otros niños	0			
41	Pisotea o destruye las cosas	0			
42	Hace demostraciones obscenas o gestos amenazantes a otros niños/as	0			
43	Insulta o hace bromas a otros niños/as para provocar conflictos	0			
44	Daña la propiedad de otros niños/as	0			
45	Pega, empuja o les pone la zancadilla a otros niños/as	0			
46	Atemoriza o hace daño a otros niños/as	0			
47	Se involucra en peleas con otros niños/as	0			
48	Irrita a otros niños/as para provocarles	0			

	CATEGORIA D: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
49	Se siente muy afectado cuando prevé ser apartado/a de su casa o de sus padres				1
50	Le preocupa excesivamente que sus padres sufran algún daño o salgan de su casa y no vuelvan		0		
51	Le preocupa excesivamente que algún acontecimiento adverso (ser raptado/a, perderse, etc.) le separe de sus padres			1	
52	Trata de evitar ir a la escuela para quedarse con sus padres				1
53	Le preocupa que le dejen solo/a en casa o con un canguro			1	
54	Tiene miedo de irse a dormir si no está cerca de sus padres		0		
55	Tiene pesadillas repetidas de ser separado/a de sus padres			1	
56	Se queja de que está enfermo/a cuando prevé ser separado/a de su casa o de sus padres				1

Si

CATEGORIA E: Comparando con otros niños/as de la misma edad				
	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
57		0		
58	0			
59	0			
60	0			
61	0			
62		0		
63	0			
64				1
65		0		

CATEGORIA F: Comparando con otros niños/as de la misma edad				
	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
66	0			
67	0			
68	0			
69	0			
70	0			
71	0			
72	No (0)		Sí (1)	
73	No (0)	0	Sí (1)	
74	No (0)	0	Sí (1)	
75	No (0)	0	Sí (1)	
76	No (0)	0	Sí (1)	
77	No (0)	0	Sí (1)	

CATEGORIA G: Comparando con otros niños/as de la misma edad				
	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
78		0		
79		0		
80		0		

CATEGORIA H: Comparando con otros niños/as de la misma edad				
	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
81		0		
82		0		
83		0		
84		0		

	CATEGORIA I: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
85	Moja la cama por la noche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86	Últimamente moja la cama por las noches, pero permaneció seco/a durante 4 meses por lo menos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87	Moja su ropa interior durante las horas del día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88	Mancha su ropa interior durante las horas del día	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CATEGORIA J: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
89	Ha experimentado un hecho muy desagradable y continúa estando molesto/a por ello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90	Tiene sueños o recuerdos angustiosos sobre un hecho extremadamente desagradable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91	Habla o representa en juegos un hecho extremadamente desagradable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92	Parece como si estuviera en un trance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

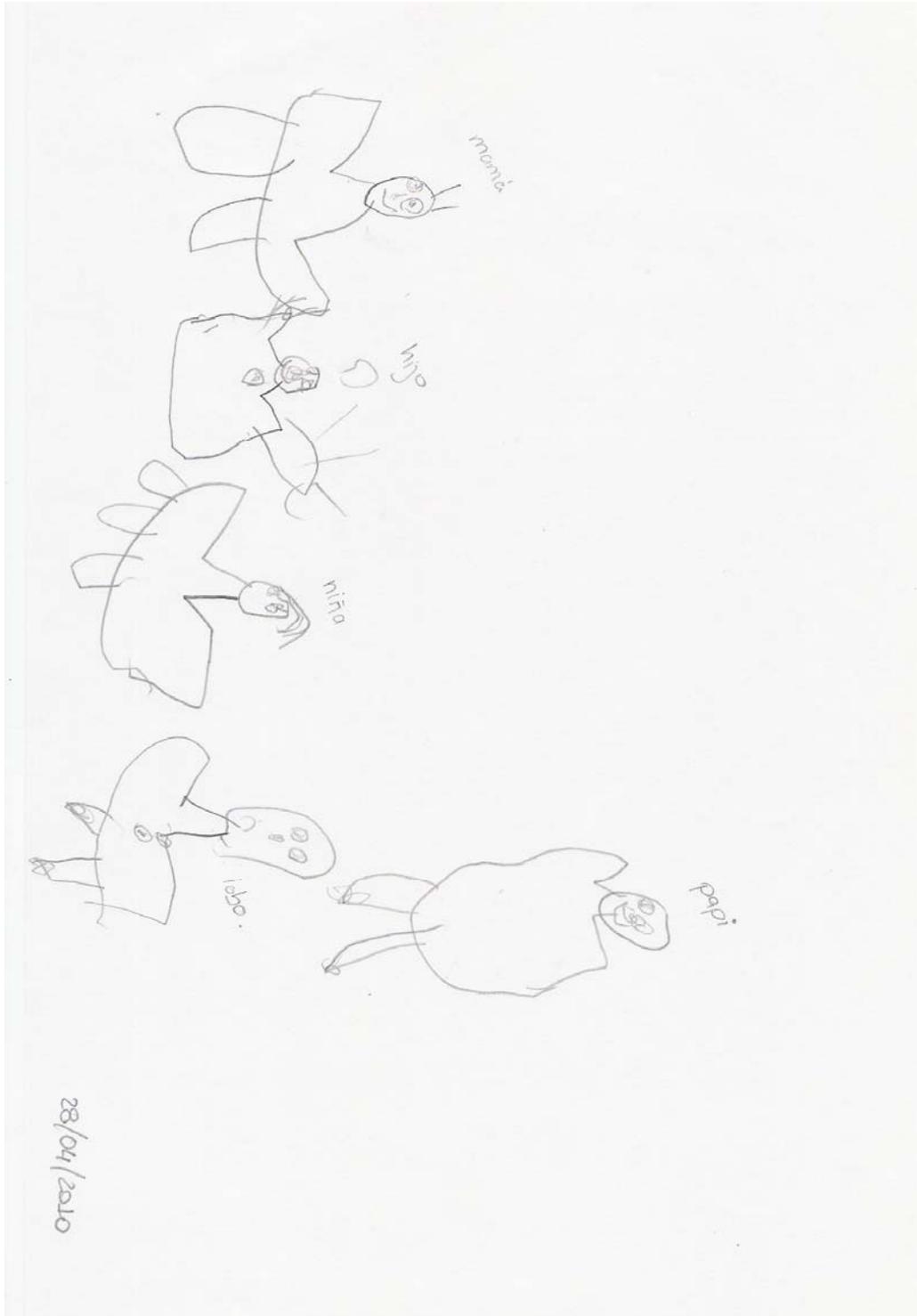
	CATEGORIA K: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
93	Se niega a comer suficiente comida para mantenerse en su peso saludable	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94	Tiene unos hábitos de comida extremadamente rígidos (no come alimentos sólidos, sólo comidas para bebés)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CATEGORIA L: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
95	Parece estar temeroso/a o disgustado/a aún con las personas de la familia (evita contacto y/o consuelo, mira de reojo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96	Busca afecto de la mayoría de los adultos aún siendo extraños	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	CATEGORIA M: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
97	Tiene una forma peculiar de relacionarse con los demás (evita el contacto visual, hace gestos o tiene expresiones faciales raras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98	No juega o no se relaciona bien con los demás niños/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99	No está interesado/a en hacer amigos/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100	No es consciente o no muestra interés por los sentimientos de los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101	Tiene un problema importante con el lenguaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102	Tiene dificultad para llevar una conversación socialmente apropiada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103	Habla de forma rara (repite lo que los otros dicen, confunde palabras como "tú" o "yo", usa frases o palabras extrañas, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
104	Es incapaz de fingir cuando juega	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105	Muestra una excesiva preocupación por un tema	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106	Se disgusta cuando se producen pequeños cambios en su rutina o en su entorno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107	Hace movimientos extraños y repetitivos (agita los brazos, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108	Tiene una extraña fascinación por partes de objetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

OTROS PROBLEMAS O COMENTARIOS: .....

Presenta Ansiedad de Separación.



28/04/2010



28/03/2011