



Universidad del Azuay

Facultad de Filosofía

Escuela de Psicología Clínica

Tema: “Terapia Integrativa en el Trastorno de Ansiedad de Separación: (Caso Clínico en una niña de 3 años)”

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica

Autora: Amanita Torcasa Hidalgo Nickel

Director: Dr. Juan Aguilera.

**Cuenca, Ecuador
2010**

DEDICATORIA

A mi familia

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas se cruzan por nuestro camino, pero a pocas les decimos lo que significan para nosotros. Quiero agradecer a todas las personas que se tomaron un minuto para compartir conmigo sus experiencias. A todas las personas que en esos momentos difíciles estuvieron presentes regalándome una sonrisa y quedarse a mi lado hasta cuando pueda tomar más aliento y continuar.

A todas las charlas, discusiones, chistes, cuentos y fantasías que ponen sabor al día a día.

A la persona que me ha brindado ese amor incondicional, a la me enseñó el como ver las cosas de otra manera, con la que comparto mis alegrías y tristezas a pesar de la distancia, mi mamita.

Mi ñaño, por todo ese cariño que derrochas, por tu linda familia y por tener otra forma de vivir la vida.

Juan Manuel, por cuidarme y amarme. Por tu paciencia y por compartir conmigo todos estos años en los que hemos atravesado por mucho. Por no perder la esperanza. Por creer en un mundo más justo y explicarme lo que no entendí. Por las palabras que me faltaron, por tu tiempo, por mucho.

Por compartir conmigo la mágica experiencia de tener un hijo.

A mi hijo por darme el tiempo para terminar esta etapa y por tu gracia en general.

A mi familia Cuencana, Lucía, Gabriel, Pablo, Ñaña Martha, por estar siempre ahí sin importar los malos ratos. Por brindarme apoyo y abrirme las puertas de su hogar.

A mi ñaño Miguel por tomar las riendas de padre cuando se necesitó.

A mi familia que me apoyó cuando hacia falta.

A mi papá, sobran las palabras. Gracias por todas enseñanzas y locuras, estas siempre presente.

INDICE DE CONTENIDOS:

Dedicatoria.....	i
Agradecimientos	ii
Índice de contenidos	iv
Resumen	ix
Abstract	x
Introducción.....	1
1. Capítulo 1: Ansiedad	2
1.1. Introducción	3
1.2. Concepto	4
1.3. Etiología	5
1.4. Síntomas	6
1.4.1. Síntomas Fisiológicos	6
1.4.2. Síntomas Emocionales	7
1.4.3. Síntomas Conductuales	7
1.4.4. Síntomas Cognitivos	7
1.4.5. Síntomas interpersonales	7
1.5. Clasificación	8
1.5.1. Trastorno de Ansiedad por Separación	8
1.5.1.1. Criterios Diagnósticos del DSM IV	8
1.5.2. Trastorno de Pánico	10
1.5.2.1. Criterios Diagnósticos del DSM IV	10

1.5.3. Trastorno de Ansiedad Generalizada	11
1.5.3.1. Criterios Diagnósticos del DSM IV	11
1.5.4. Fobia Social	12
1.5.4.1. Criterios Diagnósticos del DSM IV	12
1.5.5. Fobia Específica	15
1.5.5.1. Criterios Diagnósticos del DSM IV	15
1.5.6. Trastorno Obsesivo-Compulsivo	17
1.5.6.1. Criterios Diagnósticos del DSM IV	17
1.6. Enfoque Psicoanalítico	19
1.7. Enfoque Existencial	20
1.8. Enfoque Conductual	20
1.9. Enfoque Cognitivo	20
1.10. Conclusiones	22
 2. Capítulo 2: Diagnóstico del Caso	23
2.1. Introducción	24
2.2. Historia Clínica	25
2.2.1. Datos de Identificación	25
2.2.1.1. Datos de los Padres	25
2.2.1.2. Motivo de Consulta	26
2.2.1.3. Antecedentes Personales	26
2.2.1.4. Desarrollo Psicomotor	27
2.2.1.5. Antecedentes Patológicos	27
2.2.1.6. Hábitos.....	28
2.2.1.7. Escolaridad/ Rutina Diaria	28

2.2.1.8.	Antecedentes Familiares.....	28
2.2.1.9.	Evaluaciones Anteriores.....	29
2.3.	Batería de test.....	29
2.3.1.	Test de la Familia.....	29
2.3.2.	Early Childhood Checklist.....	30
2.3.3.	Apgar Familiar.....	31
2.4.	Diagnostico Multiaxial	31
2.5.	Diagnostico Psicodinámico	31
2.6.	Diagnostico Diferencial	32
2.6.1.	Fobia Escolar	33
2.6.2.	Trastornos Generalizados del Desarrollo	33
2.6.3.	Trastorno de Ansiedad Generalizada	33
2.6.4.	Niveles de Ansiedad por Separación propios de la etapa de desarrollo	34
2.7.	Conclusiones	35
3.	Capítulo 3: Recursos y estrategias	36
3.1.	Introducción	37
3.2.	Terapias	38
3.2.1.	Terapia Cognitivo Conductual	38
3.2.1.1.	Entrenamiento de padres y educadores	38
3.2.1.2.	Relajación	39
3.2.1.3.	Otros métodos de relajación	39
3.2.1.4.	Imágenes emotivas	39

3.2.1.5. Moldeamiento	39
3.2.2. Terapia de juego	40
3.2.3. Arte Terapia	41
3.2.3.1. Música	41
3.2.3.2. Pintura	41
3.2.3.3. Psicodrama	41
3.2.4. Terapia Familiar	42
3.2.5. Conclusiones	43
 4. Capítulo 4: Plan de aplicación o acción	 44
4.1. Introducción	45
4.2. Duración de la Terapia	46
4.3. Metodología	46
4.4. Objetivo del Plan Terapéutico	47
4.5. Sesiones	47
4.5.1. Sesión 1	47
4.5.2. Sesión 2	48
4.5.3. Sesión 3	48
4.5.4. Sesión 4	48
4.5.5. Sesión 5	49
4.5.6. Sesión 6	49
4.5.7. Sesión 7	50
4.5.8. Sesión 8	50
4.5.9. Sesión 9	51
4.5.10. Sesión 10	51

4.5.11.	Sesión 11	52
4.5.12.	Sesión 12	52
4.5.13.	Sesión 13	52
4.5.14.	Sesión 14	53
4.5.15.	Sesión 15	53
4.5.16.	Sesión 16	53
4.6.	Conclusiones	55
5.	Conclusiones Generales	56
6.	Recomendaciones	57
7.	Bibliografía	58
8.	Anexos	59

RESUMEN

La presente investigación tiene por tema “Terapia Integrativa de un Trastorno de Ansiedad por Separación en una niña de 3 años”.

En este trabajo se encontrará el desarrollo para alcanzar un plan terapéutico. Para poder lograrlo se trabajó en cuatro capítulos, en donde el primero se destina a desarrollar los aspectos principales de la teoría sobre la ansiedad. Teniendo el aspecto teórico claro se dedica el segundo capítulo al diagnóstico del caso, elaborando la historia clínica y exponiendo los resultados de los test para luego determinar su diagnóstico.

En el siguiente capítulo se describen las terapias y las técnicas que se utilizarán, entre ellas esta la terapia Cognitivo Conductual, la terapia de juego y la terapia familiar.

Y por último se elabora el plan terapéutico describiendo la metodología, su duración y cada una de las sesiones.

ABSTRACT

The subject of this Project is “Integrative Therapy for Separation anxiety disorder in a three-year-old girl.”

The Project contains the development in order to achieve a therapeutic plan. It has four chapters: the first one develops the principal aspects of the theory of anxiety. Having clarified the theory, the second chapter is dedicated to diagnosing the case, creating a clinical history and showing the test results to later determine diagnosis. The following chapter describes the therapies and techniques that will be used among them are the behavioral cognitive therapy, play therapy and family therapy. The last chapter is the therapeutic plan, which includes the methodology, its duration and each of the sessions.

INTRODUCCIÓN

El tema que se tratará en esta investigación es “ Terapia Integrativa de un Trastorno de Ansiedad por Separación; Caso Clínico una niña de 3 años”.

En la siguiente investigación se podrá encontrar en primer lugar con el contenido teórico sobre la ansiedad y sus trastornos. Se abarcarán varios conceptos, su origen y la sintomatología, lo que permitirá una comprensión global acerca de la ansiedad y sus distintos tipos en la infancia.

Ya que existen muchas corrientes psicológicas se abarcaran algunos enfoques para poder tener una idea de las diferentes percepciones acerca de la ansiedad. Se tomaron en cuenta el enfoque existencial, psicoanalítico, cognitivo y el conductual.

En el segundo capítulo se desarrolló los pasos para lograr obtener un diagnóstico formal. Para ello se necesita de una historia clínica y una batería de test que respalden datos que se obtuvieron mediante la observación. Por medio de ellos se lograra obtener un diagnóstico.

Al tener la información de los capítulos anteriores se podrá definir las terapias y técnicas que se consideran oportunas para el caso. Con esto se puede realizar el plan terapéutico, el cual es el objetivo principal de este trabajo, determinando la metodología, su duración, el objetivo del plan y así poder describir cada una de las sesiones, indicando cómo y con quién se trabajará en cada sesión.

CAPITULO 1

ANSIEDAD

1.1. INTRODUCCION

Este capítulo abarca toda la información sobre la ansiedad. Se empieza con algunos conceptos que la describen para luego poder comprender su origen y las causas que la producen. Como se necesita reconocer los signos que da la ansiedad se realiza una clasificación de sintomatologías lo que permite reconocer a la persona que siente ansiedad.

Dentro de los trastornos de ansiedad se encuentra una clasificación que será descrita con los criterios diagnósticos del DSM IV, para así comprender las diferencias entre cada una.

Hay varias teorías, pero qué dicen sobre la ansiedad? pues se escogió cuatro enfoques para conocer su punto de vista y su explicación de esta.

1.2. CONCEPTO

“La ansiedad es un proceso natural de activación fisiológica que hace movilizar a los seres humanos y otros animales ante el peligro.” (www.actad.org).

Se le conoce también como una respuesta de lucha- huida. Se la llama así porque desde que existe el ser humano uno huye o lucha ante algo amenazante. Si bien el propósito de la ansiedad es ayudar ante el peligro, esta se puede tornar molesta y perturbante cuando la respuesta es desadaptativa.

“La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar significativo o deterioro en las relaciones familiares, sociales, laborales o de otras áreas importantes de la actividad de la persona.”

(www.tratamientoansiedad.com)

Se ha estudiado a la ansiedad como una respuesta emocional. “Se puede entender a la ansiedad como un conjunto de manifestaciones experienciales, fisiológicas y expresivas, ante una situación o estímulo, que es evaluado por el individuo como potencialmente amenazante, aunque objetivamente pueda no resultar peligroso.” (www.robertexto.com)

Las emociones aparecen como una respuesta a una situación concreta, pero también pueden aparecer por información interna de la persona. Esto se refiere a los esquemas cognitivos que puede tener una persona.

1.3. ETIOLOGIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACION INFANTIL

En el aspecto biológico se puede encontrar una explicación donde probablemente existe un desequilibrio en unos neurotransmisores (norepinefrina y serotonina) los cuales tienen que ver con la ansiedad. Algunos relacionan a la ansiedad excesiva con la desregulación en el sistema noradrenérgico.

Los padres juegan un papel muy importante ya que ellos pueden transmitir su ansiedad al niño. La ansiedad puede ser heredada en algunos casos pero principalmente es una conducta aprendida. Hay que señalar que la ansiedad es normal, pero no debe llegar a perturbar nuestras acciones y no debe inhibirnos de realizar nuestras actividades diarias.

Existe otra explicación sobre la etiología de la ansiedad, se trata sobre el apego. El apego es importante porque es el que genera la seguridad emocional. Este apego se forma con la persona que uno siente que le brindará seguridad. Al tener una persona en la cual se confía y cree que lo protegerá le ayuda a uno a indagar ante lo desconocido. “El apego seguro se caracteriza por la adecuada manifestación de la ansiedad frente a la separación y adecuado re-aseguramiento al volver a encontrarse con la madre” (Revista Chilena de Pediatría, marzo, 2009)

En el diario vivir se puede uno enfrentar a diferentes circunstancias que pueden producir ansiedad en las personas. Condiciones como el ambiente en donde uno vive, estudia o trabaja, la alimentación (como tomar café, fumar, beber alcohol, etc), el ruido, padecer alguna enfermedad, etc., pueden activar la ansiedad en las personas.

1.4. SINTOMAS DE LA ANSIEDAD

Se puede encontrar una lista larga de síntomas de ansiedad, pero se pueden encasillar en cinco campos.

Se puede encontrar cambios fisiológicos, emocionales, conductuales, cognitivos e interpersonales.

1.4.1. Síntomas Fisiológicos

- Sudoración
- Temblor corporal
- Mareo
- Palpitaciones
- Problemas digestivos
- Dolor de barriga
- Ahogos
- Inquietud
- Insomnio
- Enuresis

1.4.2. Síntomas Emocionales

- Irritabilidad
- Terror
- Miedo
- Preocupación

1.4.3. Síntomas Conductuales

- Evitación
- Morderse las uñas
- Chuparse el pulgar
- Compulsividad

1.4.4. Síntomas Cognitivos

- Predicciones catastróficas
- Expectativas negativas

1.4.5. Síntomas interpersonales

- Timidez
- Sensibilidad a la evaluación de los demás

(www.tratamientoansiedad.com)

1.5. CLASIFICACION

1.5.1. Trastorno de Ansiedad por Separación

1.5.1.1. Criterios Diagnósticos del DSM IV

Según el DSM IV estos son los criterios diagnósticos de la ansiedad de separación.

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:

- (1) malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
- (2) preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.
- (3) preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante porque se produzca un acontecimiento que le separe de las figuras con las que mantiene más vínculos (p. Ej. extraviarse o ser secuestrado).
- (4) resistencia o negativa persistente a ir al colegio o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.

(5) resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.

(6) negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa.

(7) pesadillas repetidas con tema de separación.

(8) quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.

B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.

C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.

D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

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

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4º ed. (DSM IV). Ed. Masson, Barcelona 1995.

1.5.2. Trastorno de Pánico.

1.5.2.1. Criterios Diagnósticos del DSM IV

Aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas, que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 min:

1. palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
2. sudoración
3. temblores o sacudidas
4. sensación de ahogo o falta de aliento
5. sensación de atragantarse
6. opresión o malestar torácico
7. náuseas o molestias abdominales
8. inestabilidad, mareo o desmayo
9. desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
10. miedo a perder el control o volverse loco
11. miedo a morir
12. parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
13. escalofríos o sofocaciones

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4º ed. (DSM IV). Ed. Masson, Barcelona 1995.

1.5.3. Trastorno De Ansiedad Generalizada.

1.5.3.1. Criterios Diagnósticos del DSM IV

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social),

contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4º ed. (DSM IV). Ed. Masson, Barcelona 1995.

1.5.4. Fobia Social

1.5.4.1. Criterios Diagnósticos del DSM IV

A. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los

demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso. Nota: En los niños es necesario haber demostrado que sus capacidades para relacionarse socialmente con sus familiares son normales y han existido siempre, y que la ansiedad social aparece en las reuniones con individuos de su misma edad y no sólo en cualquier interrelación con un adulto.

B. La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o retraimiento en situaciones sociales donde los asistentes no pertenecen al marco familiar.

C. El individuo reconoce que este temor es excesivo o irracional. Nota: En los niños puede faltar este reconocimiento.

D. Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

F. En los individuos menores de 18 años la duración del cuadro sintomático debe prolongarse como mínimo 6 meses.

G. El miedo o el comportamiento de evitación no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

H. Si hay una enfermedad médica u otro trastorno mental, el temor descrito en el Criterio A no se relaciona con estos procesos (p. ej., el miedo no es debido a la tartamudez, a los temblores de la enfermedad de Parkinson o a la exhibición de conductas alimentarias anormales en la anorexia nerviosa o en la bulimia nerviosa).

Especificar si:

Generalizada: si los temores hacen referencia a la mayoría de las•
situaciones sociales (considerar también el diagnóstico adicional de
trastorno de la personalidad por evitación)

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4º ed. (DSM IV). Ed. Masson, Barcelona 1995.

1.5.5. Fobia Específica.

1.5.5.1. Criterios Diagnósticos del DSM IV

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.

Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Tipos:

- Tipo animal
- Tipo ambiental (p. ej., alturas, tormentas, agua)
- Tipo sangre-inyecciones-daño
- Tipo situacional (p. ej., aviones, ascensores, recintos cerrados)
- Otros tipos (p. ej., evitación fóbica de situaciones que pueden provocar atragantamiento, vómito o adquisición de una enfermedad; en los niños, evitación de sonidos intensos o personas disfrazadas).

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4º ed. (DSM IV). Ed. Masson, Barcelona 1995.

1.5.6. Trastorno Obsesivo Compulsivo.

1.5.6.1. Criterios Diagnósticos del DSM IV

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las **obsesiones** se definen por 1, 2, 3 y 4:

1. pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos
2. los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real
3. la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos
4. la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las **compulsiones** se definen por 1 y 2:

1. comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente
2. el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la

prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una

sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4º ed. (DSM IV). Ed. Masson, Barcelona 1995.

1.6. ENFOQUE PSICOANALITICO

En este enfoque no la llaman ansiedad sino angustia. El psicoanálisis interpreta la angustia como un síntoma de un impulso no aceptado por el ego que esta tratando de llegar a la conciencia. Lo que se obtiene es que esta angustia hace que el ego trate de protegerse, pudiendo llegar al extremo de tener un ataque de pánico.

En el psicoanálisis se habla de angustia neurótica, lo que le caracteriza es que no hay una causa verdadera que la provoque.

“La etiología de la angustia neurótica se halla en una desviación de la libido de su aplicación normal, lo cual engendra un estado conflictivo entre las fuerzas impulsivas del "Ello" y las represivas del "Yo". Esta amenaza hacia las defensas del Yo es lo que genera la percepción de peligro proveniente de los instintos que desemboca en síntomas ansiosos.” (www.psicocentro.com)

1.7. ENFOQUE EXISTENCIAL

Kierkegaard consideraba que la ansiedad era uno de los aspectos que hace que el hombre sienta su humanidad. (www.centroseut.org)

Royo May interpreta a la ansiedad como una respuesta que se siente ante el no ser. “ La ansiedad es la experiencia de la amenaza inminente de no ser” (www.psicocentro.com)

El enfoque existencial se centra en encontrar significado a la existencia, da valor a las características únicas de cada ser. Da importancia a la moral, y especialmente a la libertad de cada uno. Por eso en la Terapia Existencial se centran en la experiencia individual de la persona sin buscar explicaciones.

1.8. ENFOQUE CONDUCTISTA

El eje central del conductismo es que todas las conductas son aprendidas. Este enfoque considera que la ansiedad se presenta ya que el individuo así lo aprendió. Quiere decir que en algún momento de su vida esta respuesta (la ansiedad) fue reforzada con un condicionamiento y por eso sigue apareciendo.

También cree que se puede hacer desaparecer por el mismo método.

En realidad se obtienen muy buenos resultados cuando se unen la terapia cognitiva con la Terapia Conductual.

1.9. ENFOQUE COGNITIVO

Beck afirma que cada situación es interpretada o valorada de acuerdo a la emoción que experimenta el sujeto. “El significado que da a los hechos es mucho más importante que el hecho mismo”. (VERTEX, Volumen IX)

La Terapia Cognitiva apunta a que la persona reconozca que hay varias posibilidades de interpretaciones hacia un acontecimiento y una vez logrado esto el paciente puede valorar las incongruencias que tiene cada interpretación.

La ansiedad es un miedo sin saber a que y la teoría cognitiva afirma que alguien que tiene ansiedad cree estar frente a una amenaza. La existencia de la amenaza es irrelevante, lo importante es la interpretación que tiene la persona frente a esa amenaza.

“Hay dos clases de factores que intervienen para dar lugar a interpretaciones ansiógenas idiosincráticas: los que llevan a que determinadas personas experimenten niveles mayores de ansiedad y aquellos que determinan el mantenimiento de niveles elevados de ansiedad”
(VERTEX, Volumen IX)

Beck sostuvo que las personas que experimentan altos niveles de ansiedad es porque en la infancia tuvieron experiencias que los llevaron a tener creencias que ayudaban a mantener o a exagerar la peligrosidad de una situación. A lo largo de la vida estas creencias funcionan como un filtro para evaluar el peligro de una situación.

1.10. CONCLUSIONES

Al realizar una investigación general sobre la ansiedad se pudo llegar a esta conclusión; existe mucha información sobre ansiedad pero cuando se quiere especificar y concretar hacia un enfoque infantil se torna difícil el hallazgo de tal información.

Al poder organizar la información obtenida se logró obtener un entendimiento más claro sobre las características de esta condición, la llamamos condición porque es algo que se presenta en todos en algún momento de nuestras vidas, pero tampoco se la puede llamar un trastorno en todos los casos. Al tener claro las características de esta condición, podemos reconocer en cualquier caso cuando existen rasgos ansiógenos.

CAPITULO 2

DIAGNÓSTICO DEL CASO

2.1. INTRODUCCION

Este capítulo consta de la historia clínica y todos los datos relevantes que se pudo obtener de la paciente y su madre, dando la posibilidad de llegar a un diagnóstico claro y formal que nos permita comprender con mayor claridad la situación de la niña.

En batería de test se encuentran el como se aplicó y los resultados de las evaluaciones seleccionadas, que ayudan y respaldan algunos factores para poder determinar finalmente un diagnóstico.

Se establece un diagnóstico multiaxial, un diagnóstico psicodinámico en el cual se observan ciertas relaciones que ayudan a compren la condición de la niña con una base explicativa del apego. Para esclarecer cualquier duda de si tiene otro trastorno, se desarrolló un diagnóstico diferencial para poder esclarecer y desechar cualquier otra posibilidad.

2.2. HISTORIA CLÍNICA

2.2.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Vanesa G.

Lugar y Fecha de Nacimiento: Cochapata, 20 de mayo de 2006

Edad: 3 años 11 meses

2.2.2. DATOS DE LOS PADRES

Nombre de la madre: Celia G.

Edad: 48 años **Nivel de instrucción:** 2do grado **ocupación:**
vendedora informal

Nombre del padre: Alejandro G.

Edad: 46 años **Nivel de instrucción:** 2do grado **ocupación:** cargador

Nombre y edad de los hermanos:

Diana G. 17 años

Franklin G. 15 años

Edwin G. 12 años

Lenin G. 9 años

Teléfonos: X

2.2.3. MOTIVO DE CONSULTA

Llora cuando tiene que quedarse en la escuela. Presenta dificultad para acoplarse a las actividades de la clase..

Referido por: profesora

2.2.4. ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo

Gesta #: no especifico

Planificado: **No planificado:** X

Controlado: NO

Primeros movimientos fetales: sin registro.

Duración: sin registro

Aumento de peso: No sabe

Enfermedades maternas: ninguna

Dificultades: ninguna

Vacunas: Todas las que pide el Ministerio de Salud

Fuentes de contaminación:

Parto normal: X **cesárea:** porque:

Respiró: **lloró:** X **peso al nacer:** No recuerda

talla al nacer: No recuerda

Se observó alguna anormalidad: NO

Lactancia materna: (tiempo, cambios): La niña todavía le pide a veces que le de el seno, pero la mamá dice que no le da.

2.2.5. DESARROLLO PSICOMOTOR

Controló la cabeza: 3 meses **se sentó:** 6 meses **gateó:** 7 meses

se paró:

caminó: 1 año 4 meses **balbuceo:** No recuerda **primeras**

palabras: No recuerda

control vesical: No recuerda

control anal: No recuerda

Algún problema con el desarrollo psicomotor : No refiere a ninguno

2.2.6. ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Eruptivas de la infancia: ninguna

Traumatismos: ninguno

Convulsiones: ninguno

Cirugías / Hospitalizaciones: ninguno

Otras enfermedades: ninguna de mayor relevancia

Alergias: ninguna

Vacunas: Todas las que pide el Ministerio de Salud

2.2.7. HABITOS

Alimentación: pobre, baja en nutrientes

Vestido: descuidada

Aseo: Poco aseo, presenta mal olor.

Trabajo: No Aplica

Cortesía/sociabilidad: al momento de la entrevista se encuentra colaboradora. Pero en la clase se resiste a compartir con sus compañeros.

2.2.8. ESCOLARIDAD/RUTINA DIARIA DEL NIÑO

Inició a los 3 años

Empieza la escuela a las 8 de la mañana y se queda ahí hasta las 4 de la tarde. Almuerza en la escuela. La profesora indica que hay que insistirle para que coma. A las 4 de la tarde la mamá la viene a ver y le acompaña a terminar de vender lo que le falta.

Luego van a la casa y pasa con sus hermanos.

Terapias recibidas: Ninguna

2.2.9. ANTECEDENTES FAMILIARES

El padre es alcohólico y desaparece por varias semanas, pero siempre regresa. Parece haber una tolerancia a esta situación.

Su situación económica no es buena por lo que presentan mal nutrición.

Los padres están con amenaza de una Institución de quitarles los hijos si ellos no van a la escuela y si insisten en que trabajen. Por ese motivo la niña entra a estudiar.

La mamá no es muy comunicativa y da poca información.

2.2.10. EVALUACIONES ANTERIORES Y RESULTADOS

Ninguna

2.3. BATERIA DE TEST

2.3.1. Test de la Familia

Debido a su edad y a la poca estimulación se le hace un poco difícil el dibujar pero de igual forma se logran ver aspectos que nos permite revisar el apego que tiene con su familia.

En el dibujo se puede observar a los miembros dispersos por la hoja.

Todos los dibujos tienen ojos pero no tienen otros rasgos faciales.

Una de las hermanas no tiene brazos, pero los demás miembros tienen varias extremidades.

No dibuja línea base.

Lo que se puede decir de este dibujo es que la ausencia de los rasgos faciales puede indicar dificultad con las relaciones sociales.

El hecho de dibujar a los miembros de la familia separados da indicios de un apego inseguro. La ausencia de la línea base se añade al apego inseguro.

2.3.2. ECI (Early Childhood Checklist)

Este test evalúa problemas emocionales y conductuales.

Se aplico a la profesora ya que la madre no se comunica mucho y se resiste a las evaluaciones.

Los valores obtenidos en este test son:

Déficit de Atención: 1 punto

Desorden Oposicionista Desafiante: 0 puntos

Trastorno de conducta: 0 puntos

Relación con compañeros: 0 puntos

Ansiedad de Separación: 6 puntos

Ansiedad generalizada: 0 puntos

Trastorno del Estado de ánimo: 1 punto

Fobia Social: 2 puntos

Trastorno del sueño: 0 puntos

Trastorno de la eliminación: 1 punto

Trastorno por estrés postraumático: 0 puntos

Trastorno de la alimentación: 0 puntos

Trastorno del vínculo: 0 puntos

Trastorno generalizado del desarrollo: 0 puntos

Los valores que llaman la atención son los de Ansiedad de Separación y

Fobia Social que son los que mayores valores tienen.

2.3.3. Apgar Familiar

Se aplicó este test durante la tercera entrevista. La niña se mostró interesada en esta entrevista por lo que se lo realizó sin ningún problema.

El test consta de 5 preguntas que tratan de explorar el ambiente familiar.

La niña tuvo un resultado de 6 puntos, lo que indica una disfunción leve en el ambiente familiar.

2.4. DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

EJE I: Trastorno de Ansiedad por Separación

EJE II: Sin trastorno

EJE III: Problemas nutricionales

EJE IV: Padre Alcohólico, pobreza, espacio reducido de vivienda

EJE V: 61-70

2.5. DIAGNÓSTICO PSICODINÁMICO

Considerando los factores que rodean a la niña y tomando en cuenta uno de los conceptos descritos en la etiología de la ansiedad, el apego, se puede determinar las siguientes observaciones.

En la familia existe una inestabilidad económica y familiar. El padre desaparece por varios días hasta semanas. Esta situación puede generar en la niña ansiedad por la preocupación de que su madre que es la persona que está pendiente de ella, le da cariño y se preocupa de su bienestar, también desaparezca.

La mamá llora al dejar a la niña en la escuela, lo que le produce mayor angustia a la menor por lo que el ver a la mamá sufrir podría incrementar su deseo de irse con ella.

Al parecer la mamá nunca manejo bien la situación de la separación haciéndole entender a la niña que estará por unas horas en el centro, que es un lugar seguro, mientras ella trabaja y que luego volverán a estar juntas. Siendo la estadía de la niña en el centro una condición obligada que no permitió tener un tiempo adecuado de asimilación y aceptación de la idea, tanto como para la madre como para la hija, las dos sufren por esta separación.

2.6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Los criterios diagnósticos con los que cumple para un trastorno de ansiedad por separación son los siguientes:

- Malestar excesivo cuando se presenta una separación de la madre.
- Resistencia a ir a la escuela
- Resistencia a dormir sola sin la presencia de sus cuidadores
- Presencia de síntomas físicos como dolor de barriga y vómito.
- Una duración de estos síntomas mayor a un mes.
- se presenta antes de los 18 años.
- Produce malestar clínicamente significativo y,
- No se debe a otro trastorno.
- Este caso tiene lugar antes de los 6 años.

Ahora se presentará algunos trastornos con los que se podría confundir su diagnóstico, especificando las características que le diferencian del trastorno de ansiedad por separación.

2.6.1. FOBIA ESCOLAR:

Su miedo no se limita solo al momento de la escuela. Presenta también ansiedad a cualquier momento en el que se anticipa o debe separarse de la madre. Su miedo aparece en el momento que tiene que separarse de la mamá, por lo que no es un rechazo a la escuela.

2.6.2. TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO:

La niña no presenta dificultad de relacionarse con los miembros de sus familia o con personas con las que esta familiarizada. Se comunica con sus parientes por lo que se podría descartar un problema de desarrollo como el autismo.

2.6.3. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:

Para tener este trastorno debería presentar ansiedad ante otros factores como por ejemplo el rendimiento escolar, o frente a actividades deportivas. Su temor es a la separación de la madre, no se debe a algo indefinido o repentino.

No presenta dificultad para poner la mente en blanco, ni tampoco tensión muscular, sus síntomas no se limitan a los característicos de un trastorno.

2.6.4. NIVELES DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN PROPIOS DE LA ETAPA DE DESARROLLO:

En la edad que se encuentra la niña es normal que presente ansiedad al separarse de su madre. Es fácil confundir a la ansiedad de separación con un trastorno de ansiedad por separación por lo que los padres tienen un papel importante en identificar cuando la ansiedad sobrepasa los niveles normales de la edad.

En este caso no se debe a una etapa del desarrollo ya que hubo un desencadenante para aumentar la ansiedad en la niña y presentar la sintomatología por más de un mes. Al permanecer por tanto tiempo con el malestar da indicios de que se debe considerar como un trastorno.

2.7. CONCLUSIONES

Gracias a los datos obtenidos y el respaldo de los test aplicados se logró obtener un diagnóstico formal con el cual se pudo descartar otras posibilidades y permitió establecer el camino a seguir para el siguiente capítulo.

CAPITULO 3

RECURSOS Y ESTRATEGIAS

3.1. INTRODUCCION

El tercer capítulo abarcará la descripción de las técnicas que se realizarán y efectuarán en el ultimo capítulo. Se encontrará una explicación sobre algunas características de cada técnica y como se puede aplicar para este caso.

Las terapias seleccionadas son la terapia cognitivo conductual, la terapia de juego y la terapia familiar. Se desarrolla una explicación sobre cada una y se determina las técnicas seleccionadas de cada terapia que se vieron como mas apropiadas para la edad y tipo de trastorno.

3.2. TERAPIAS

3.2.1. Terapia Cognitivo Conductual

La estructura y características de la terapia cognitiva conductual nos lleva a tomar a esta terapia como el eje central del tratamiento. Considerando la edad, su tolerancia hacia las terapias y la posibilidad de mejoramiento se puede escoger las técnicas más eficaces y con las que se obtendrán mejores resultados.

Otra ventaja es la duración del tratamiento, la cual se desarrollará mas adelante, especificando el tiempo total y el tiempo de cada sesión.

Al trabajar con niños se deben cambiar ciertas técnicas para adaptarlas a la edad del paciente y a su aceptación hacia ellas, creando así una mejor posibilidad para crear una buena relación con la niña y también una mayor probabilidad de tener éxito en la terapia.

Dentro de la Terapia Cognitivo Conductual podemos encontrar varias técnicas pero las que utilizaremos en este caso son las siguientes:

3.2.1.1. Entrenamiento de padres y otros educadores:

Básicamente se realiza una psicoeducación a los padres y a los profesores. Se enseña a no reforzar conductas que estimulan la ansiedad y también como manejar y disminuir la ansiedad de la niña.

3.2.1.2. Relajación: Se utilizará dos tipos de relajación.

La Relajación Progresiva de Jacobson y la relajación mediante imágenes dirigidas.

“La relajación muscular progresiva consiste fundamentalmente en tensar y relajar alternativamente grupos musculares concretos.” (Practica Clínica de terapia Cognitiva con niños y adolescentes, p. 159)

En niños pequeños se recomienda sesiones más cortas, como es en este caso.

Las técnicas de imágenes dirigidas se induce una visualización de escenarios o acciones agradables para producir un estado de tranquilidad. Se utilizará música relajante para ayudar a la concentración.

3.2.1.3. Otros métodos de relajación: Se puede relajar a una persona mediante la risa, la música, el baile, etc. Cada uno de ellos ayudan a dirigir la energía que puede producir ansiedad hacia otra actividad produciendo así una sensación de tranquilidad y relajación.

3.2.1.4. Imágenes emotivas: Se pide a la niña que imagine situaciones que le produzcan sentimientos agradables y confianza, aquí pueden estar personajes que le produzcan bienestar. Poco a poco se le induce situaciones que le produzcan un poco de ansiedad. La situación positiva del principio le ayuda a inhibir la angustia de la nueva situación.

3.2.1.5. Moldeamiento: Se pone de acuerdo con la niña en una meta a llegar. Se hace una lista de objetivos en forma de escala para poder llegar a la meta principal. Cada vez que logre un objetivo menor se le

premia. Es importante informarle a la niña sobre el desarrollo de sus técnicas y como las va adquiriendo.

3.2.2. Terapias de juego

En esta terapia se trata de que el individuo logre expresar ideas, sentimientos, pensamientos, etc que no puede o no logra expresar mediante la palabra.

Se puede representar situaciones en las cuales el paciente puede solucionar ayudando tanto al terapeuta como a la persona a distinguir los esquemas cognitivos de la persona.

El juego es algo natural para los niños, es una conducta espontánea que muestra su comportamiento sin presión alguna.

Dentro de la Terapia de Juego se añadió un juego con burbujas de jabón. El objetivo es utilizarla para que se distraiga mientras revienta las burbujas y pueda otorgar sentimientos a estas burbujas y así poder reventarlas, produciendo una acción liberadora de esos sentimientos.

Mediante el juego se puede enseñar habilidades sociales, a relajarse, ayuda con el desarrollo cognitivo, a explorar, en general se puede psicoeducar sin presionar al niño. Se necesita observar y estar atentos a los indicios que nos da el juego del niño.

3.2.3. Arte Terapia

3.2.3.1. Música: “la música tiene un alto valor con respecto a las relaciones sociales, porque es vínculo de comunicación no verbal.” (La creación artística como terapia, p. 113)

No se trata dar lecciones de música sino utilizarla como una herramienta que ayude a aflorar sentimientos y emociones que pueden beneficiar a la recuperación.

3.2.3.2. Pintura: Nos da la posibilidad de ver lo que la niña no nos puede decir con palabras, es como una ventana hacia el interior. Por medio de la pintura se puede “explorar las necesidades psicológicas” de las personas. (La creación artística como terapia, p. 146)

En algunas sesiones se le pedirá que dibuje lo que siente mientras sus padres hablan con la terapeuta, este método ayuda a la niña a expresar lo que experimenta al oír lo que dicen o también da la posibilidad de que exprese algo que pueda ayudar a los padres, a la profesora o al terapeuta a comprender su mundo interior.

3.2.3.3. Psicodrama: Mediante el psicodrama se podrá representar situaciones que le producen ansiedad a la niña y de esta forma poner en practica diferentes habilidades con las que se ha trabajado durante la terapia.

Además nos da más indicios de que le preocupa a la niña.

3.2.4. Terapia Familiar

En la terapia familiar se trata de observar los valores, las interrelaciones, los vínculos que tienen los miembros de la familia.

Como dice Hegel “ el obrar de uno es el obrar de todos” y por eso es importante observar a la familia. Al ver como se relacionan nos puede dar mejores pautas por donde llevar la terapia. (Steirlin Helm, Ingeborg Rucker-Embden.

Norbert Wetzel y Michael Wirsching, p 21)

Para esta terapia hay cuatro objetivos para el inicio: el diagnóstico, la motivación para trabajar en problemas comunes, ponerse de acuerdo en un contrato y la preparación para la terapia a seguir.

Al poder estar frente a la familia nos ayuda a tener una hipótesis de la dinámica familiar, esta hipótesis puede ir cambiando a lo largo de la terapia.

La motivación es sumamente importante ya que de esta depende en un gran porcentaje el éxito. Depende de la habilidad del terapeuta el hecho de reducir los nervios, la vergüenza y otros factores que pueden impedir una buena relación entre los miembros de la familia y el terapeuta. (Steirlin Helm,

Ingeborg Rucker-Embden. Norbert Wetzel y Michael Wirsching, p 84)

Dentro de este plan terapéutico se observara si es necesario solicitar una terapia familiar. En el caso de creer oportuno la terapia se pedirá que se encuentren con un terapeuta familiar.

3.2.5. CONCLUSIONES

Dentro de la Psicología se pueden encontrar muchas teorías de las cuales cada una tiene su forma de percibir el tratamiento de la ansiedad. En este caso nos concentramos en tres enfoques de los cuales se escogieron las técnicas que se creyeron más convenientes para el tratamiento de este caso en particular.

Al organizar el como realizar las técnicas, se presentaron algunas dificultades que se pueden encontrar a lo largo del avance del tratamiento, lo que permitió buscar y encontrar alternativas para mejorar la aplicación de las terapias.

CAPITULO 4

PLAN DE APLICACIÓN

4.1. INTRODUCCION

En este capitulo se encontrará en primer lugar la duración de la terapia, indicando el tiempo de cada sesión y con quienes se realizará.

Otro aspecto importante que se tratará es la forma de llevar el tratamiento. Es elemental establecer a quienes va dirigida y que se efectuará con cada persona, estableciendo lugar y material para cada sesión.

Por último se establecerá el objetivo principal y la descripción de las sesiones a realizarse. Cada sesión presenta un objetivo que tiene por objeto desarrollar paulatinamente cada técnica para lograr alcanzar la meta final y la descripción de lo que se deberá trabajar con las personas involucradas en cada sesión.

4.2. DURACIÓN DE LA TERAPIA

La duración de la terapia debería ser según los avances de la paciente. Pero en un principio se trabajará en un marco de 4 meses. Al terminar los cuatro meses se debería evaluar el avance de la niña para poder determinar si se continua o si se termina el tratamiento.

Durante este tiempo se trabajará con la niña, los padres y la profesora. Las sesiones con la niña durarán de 30 a 45 minutos dependiendo del tipo de técnicas que se van a realizar y también de su disponibilidad. Las sesiones con los padres en conjunto serán de 45 minutos igual que las que se harán con la profesora.

Los padres tendrán tareas que hacer en la casa y la profesora trabajará en el aula, ayudando con actividades que puedan ayudar a la niña a integrarse al grupo.

4.3. METODOLOGÍA

Debido a que su ansiedad se presenta principalmente a la hora de separarse de la madre al llegar a la escuela y además presenta dificultad para relacionarse con sus compañeros debemos trabajar en tres contextos: en la casa (con los padres), en la escuela (con los profesores) y personal (con el terapeuta).

Se utilizará el aula de apoyo del Centro y se deberá tener siempre a mano los materiales necesarios para poder realizar las técnicas planificadas para cada sesión.

Se debe constatar el ánimo de la niña y medir su disposición ante la sesión antes de empezar, ya que si se lo hace sin considerar estas circunstancias se podría retroceder en el proceso terapéutico.

Con la profesora se trabajará en el aula, con actividades que logren integrar al grupo en general, produciendo un efecto integrativo en la niña. Este tipo de actividades se realizará en tiempos de 15 y 30 minutos.

Con los padres se les solicitará que se acerquen al Centro cada vez que se les incluirá en las sesiones. Esto permitirá darnos pautas sobre su interés y apoyo hacia la niña.

4.4. OBJETIVO DEL PLAN TERAPEÚTICO

El objetivo del plan terapéutico es lograr disminuir y desvanecer la ansiedad de la niña frente a la separación de los padres y mejorar su experiencia educativa relacionándose más con sus compañeros.

4.5. SESIONES

4.5.1. Sesión 1

Objetivo: Establecer un rapport con la niña y obtener información general que ayude al terapeuta en las siguientes sesiones.

Sesión: Adquirir información de la niña sobre su relación con su familia. Pintar con la niña para que se ambiente a la situación y familiarizarse con el terapeuta. Para finalizar la primera sesión se juegan con burbujas de jabón para disminuir la ansiedad y lograr una relación con la niña.

4.5.2. Sesión 2

Objetivo: Identificar síntomas de ansiedad en la niña y comenzar con el moldeamiento.

Sesión: Retroalimentar lo que se habló en la sesión anterior.

Identificar que siente cuando la mamá se va. Y que siente cuando se queda en la escuela. Hacer una lista de esos sentimientos y poner posibles soluciones o ayudas para aliviar esas sensaciones.

Ponerse de acuerdo en la meta final de la terapia y empezar la técnica de Moldeamiento.

4.5.3. Sesión 3

Objetivo: Integrar a los padres a la terapia. Empezar con la psicoeducación con ellos.

Sesión: Terapia conjunta con los padres. Enfocarse en las actitudes que tienen cuando dejan a la niña. Hacer una lista y poner diferentes soluciones o actitudes frente a cada una. Realzar las actitudes que corroboran con la ansiedad de la niña. Los padres llevarán una tarea a casa: poner en práctica las soluciones que pusieron en la lista.

Mientras se entrevista a los padres la niña dibujará sobre lo que siente y al final se hablará con ella sobre el dibujo.

4.5.4. Sesión 4

Objetivo: Acercar a la niña a una técnica para ayudar a disminuir la ansiedad percibida por ella.

Sesión: Dirigir la sesión alrededor de sus sentimientos en su clase, identificar en el termómetro de ansiedad el grado que siente en diferentes situaciones de la clase; luego dirigir una sesión de relajación. Relajación: la niña se acuesta, se pide que escuche los sonidos que hay en el ambiente, escuchar música relajante y pedirle que piense en cosas agradables.

4.5.5. Sesión 5

Objetivo: Entrenar en distinguir síntomas y esquemas cognitivos que tiene cuando siente ansiedad.

Sesión: Hablar sobre lo que se habló en la sesión anterior. Hablar nuevamente sobre el termómetro de ansiedad. Y jugar con muñecos simulando una clase. El terapeuta debe distinguir las actitudes y las cogniciones que le están produciendo ansiedad. Revisar las metas alcanzadas para la técnica del moldeamiento. Establecer una meta pequeña para la sesión 7.

4.5.6. Sesión 6

Objetivo: Iniciar la desensibilización y toma de contacto con ejercicios de respiración.

Sesión: Hablar con la niña de cómo se siente cuando se aleja de la mamá y que hace la mamá cuando se va. Pedirle que piense en cosas que la hacen sentir mejor cuando esta sola o se queda sin la presencia de la mamá. Empezar con una desensibilización, pedirle que cierre los ojos y que recorra en la mente un día común hasta llegar a un punto donde debe separarse de la mamá decirle que la mamá se va a la tienda, al llegar a este punto pedirle que respire lentamente y que indique el nivel de ansiedad que esta sintiendo. Si es muy intenso dirigir esa ansiedad y disminuirla mediante ejercicios de respiración. Terminar la sesión con los ejercicios de respiración y relajación con música suave.

4.5.7. Sesión 7

Objetivo: Lograr un acercamiento a sus emociones mediante el dibujo. Descargar malos sensaciones mediante el juego.

Sesión: Realizar un dibujo sobre las cosas que la hacen sentir bien. Seguir con la desensibilización, en esta ocasión la mamá se va al mercado. Revisar si logro la meta que se propuso en la sesión 5. Establecer los miedos que tiene en su clase, jugar con burbujas de jabón, decirle que a cada burbuja le ponga sentimientos que siente cuando tiene que jugar con sus compañeros y que las reviente haciendo que desaparezca ese sentimiento.

4.5.8. Sesión 8

Objetivo: trabajar en habilidades sociales. Descargar energía muscular y relajar. Progresar en la desensibilización.

Sesión: En esta sesión en la desensibilización la mamá se va al doctor y se demora mucho más. Psicodrama sobre que hacer en situaciones difíciles o comunes en una clase. Realizar ejercicios de relajación progresiva. Proponer superar otro objetivo de la lista de moldeamiento. Indicarle que la siguiente sesión trabajaremos con los papas y preparar con ella lo que quiere compartir con ellos.

4.5.9. Sesión 9

Objetivo: Ponerse en contacto con su percepción acerca del tratamiento. Hacer un seguimiento con los papas sobre las posibles mejoras.

Sesión: Realizar una pintura, pedirle que pinte lo que ha sentido, lo que le ha gustado y lo que no durante las sesiones. En la segunda parte de la sesión pedir a los papas que entren hablar con ellos sobre los avances. Siempre dirigirse hacia la niña preguntándole que siente al oír sobre sus progresos. En caso de haber progresos preguntarle que esta haciendo que no pueda cambiar, y trabajar alrededor de ese tema la sesión. Pedir un compromiso a los padres para seguir avanzando o para poder superar lo que impide su avance.

4.5.10. Sesión 10

Objetivo: Trabajar sobre sus miedos a desenvolverse con sus compañeros. Avanzar en la desensibilización.

Sesión: En la primera parte se continua con la desensibilización. En esta ocasión la mamá se va todo el día y regresa en la noche.

Preguntarle a que le teme más cuando se aleja de la mamá. En la segunda parte de la sesión realizamos un juego con sus compañeros. Todos hacen un círculo y realizamos ejercicios de ritmos con las palmas.

4.5.11. Sesión 11

Objetivo: Disminuir ansiedad y Continuar con la desensibilización.

Sesión: Se empieza con relajación progresiva y se continua con la visualización de lo que más teme. Al finalizar la visualización se pide que respire lentamente. Revisamos si ha cumplido con el objetivo del moldeamiento y como se siente al ver sus progresos. Se sugiere cumplir con el siguiente objetivo.

4.5.12. Sesión 12

Objetivo: Progresar en la desensibilización. Desarrollar opciones para enfrentar su temor y ponerlas en practica.

Sesión: Se continua con la desensibilización ahora es la niña la que se va a la escuela y la mama regresa después de un tiempo. Se conversa con la niña sobre como se puede enfrentar a situaciones que le causan temor y se procede a hacer un psicodrama para poner en practica los consejos dados. Se saca la lista de los objetivos y se ve cuales ha cumplido y se observa cuales faltan. Se plantea un nuevo objetivo.

4.5.13. Sesión 13

Objetivo: Establecer los factores que ha mejorado o que se pueden todavía mejorar. Continuar con la desensibilización.

Sesión: Se pide que visualice que se queda toda la mañana en la escuela y luego la mamá regresa. La profesora entra en esta sesión y conversa sobre los avances de la niña.

4.5.14. Sesión 14

Objetivo: Terminar la desensibilización. Evaluar la interacción de los padres con la niña y los avances de los mismos con relación a la terapia.

Sesión: Se termina la desensibilización con la ultima visualización, esta vez la niña se va y se queda donde un familiar todo el día y regresa en la noche a su casa. Entran los padres a la sesión y juntos realizan un colage de su familia. Se habla sobre el cumplimiento de

sus compromisos y de la forma en que eso a ayudado a la niña y a su familia. Se pide que realice el ultimo objetivo del moldeamiento para la siguiente sesión.

4.5.15. Sesión 15

Objetivo: Preparar a la niña al termino del tratamiento. Desfogar sentimientos que le afecten.

Sesión: Se repite la ultima visualización. Se le indica que es la penúltima sesión y se habla sobre como se siente al ver que ya termina su tratamiento. Se juega con burbujas de jabón eliminando sentimientos de ansiedad que pueda causar el termino de la terapia. Se conversa sobre su experiencia en el cumplimiento del ultimo objetivo.

4.5.16. Sesión 16

Objetivo: Desaparecer ansiedad que se pueda presentar ante la finalización del tratamiento. Realizar un feedback sobre lo que se ha hecho en su tratamiento.

Sesión: Empezar con un juego de música, cada una con un tambor hacer sonidos a base de ritmos. Luego se habla de los avances y los logros. Se le anima a seguir haciéndolo sola utilizando las herramientas enseñadas. Se realiza un cierre dibujando como cree que va a ser su vida después de este día.

4.6. CONCLUSIONES

Al comenzar con un objetivo por alcanzar con el plan, permitió establecer en las sesiones técnicas que ayudan a alcanzar el objetivo inicial propuesto. Con esto se pudo desarrollar y planificar las actividades que se darán en cada sesión.

CONCLUSIONES GENERALES

Después de haber indagado en varios textos la tendencia sería pensar que el mejor método para tratar un trastorno de ansiedad es por medio de la terapia Cognitivo Conductual, pero aparte de modificar los esquemas cognitivos y modificar la conducta no deseada se considera que falta un poco del análisis emocional de la niña. Por eso durante las sesiones se colocan actividades de juego, relajación, etc. Actividades que van dirigidas más hacia el estado de ánimo de la niña.

Enfrentarse a un nuevo mundo como es la escuela no es fácil, peor aún separándose de la madre, de la manera en que en este caso se dio dicha separación. Al no tener las herramientas necesarias para poder enfrentar esta situación, es necesario crear un espacio donde alguien se tome un poco más de su tiempo para hacer que la niña se sienta mejor, dándole una mayor atención y dando la posibilidad para su adaptación.

La terapia Cognitiva Conductual aporta con varias herramientas que permiten adaptarse mejor a las situaciones donde la niña debe separarse de la persona que la ha cuidado.

La mezcla de terapias (Cognitiva Conductual, de Juego y Familiar) abarca una visión más global, encargándose de varios aspectos de la persona. De esta forma se pretenderá dar solución al verdadero origen de la situación conflictiva que la niña esta viviendo.

RECOMENDACIONES

La recomendación principal que podría hacer es dar una atención especial a la parte emocional de la niña. El hecho de encontrarse en un ambiente nuevo y desconocido después de nunca separarse por mucho tiempo de la madre debe ser un cambio drástico y poco comprensible para la niña. Por lo que el brindarle afecto a la hora de estar con ella podría determinar el éxito de la terapia.

Teniendo en consideración las bases teóricas de la terapia familiar, en donde la familia funciona como un sistema, que el actuar de un padre alcohólico significa un desequilibrio para toda la familia, por lo tanto se recomienda además de la terapia en adicciones para el padre que toda la familia se someta a terapia familiar.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

- Arias Diana, Claudia Vargas. La creación artística como terapia. Primera edición. Barcelona. RBA libros. 2003.
- American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4º ed. (DSM IV). Ed. Masson, Barcelona 1995.
- Friedberg, Robert y Jessica McClure. Práctica Clínica de teoría cognitivo con niños y adolescentes. Barcelona. Paidós. 2005
- Revista Chilena de Pediatría - Marzo - Abril 2009
- VERTEX, revista Argentina de Psiquiatría, Volumen IX, 1998
- Steirlin Helm, Ingeborg Rucker-Embsen. Norbert Wetzel y Michael Wirsching. Terapia de Familia. Primera edición. Barcelona. Gedisa. 1981

PÁGINAS WEB

- http://www.actad.org/actad_cas/ansiedad_infantil.php
- http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s2.asp?texto=art2c001b
- http://www.robertexto.com/archivo12/procesos_cognit.htm
- <http://www.tratamientoansiedad.com/sintomadeansiedad.html>
- <http://www.centroseut.org/articulos/e1/encu04-2.htm>

ANEXOS

ANEXO 1

Historia Clínica

Fecha de ingreso: _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____

Edad: ____ años ____ meses

DATOS DE LOS PADRES

Nombre de la madre: _____

Edad: ____ nivel de instrucción: ____ ocupación _____

Nombre del padre: _____

Edad: ____ nivel de instrucción: ____ ocupación _____

Nombre y edad de los hermanos _____

Teléfonos: _____

MOTIVO DE CONSULTA

Referido por: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo

Gesta # ____ planificado __ no planificado ____ controlado ____

primeros movimientos fetales a los ____ meses. Duración ____ meses

Aumento de peso ____ enfermedades maternas _____

Dificultades _____

Vacunas _____ Fuentes de contaminación _____

parto normal ____ cesarea ____ porque _____

Respiró ____ lloró ____ peso al nacer ____ talla al nacer _____

Se observó alguna anormalidad _____

Lactancia materna: (tiempo, cambios): _____

DESARROLLO PSICOMOTOR

Controló la cabeza_____ se sentó _____ gateó_____ se paró_____
 caminó_____ balbuceó_____ primeras palabras_____
 control vesical_____ control anal_____
 Algún problema con el desarrollo psicomotor _____

ANTECEDENTES PATOLOGICOS

Eruptivas de la infancia_____
 Traumatismos_____
 Convulsiones_____
 Cirugías / Hospitalizaciones_____
 Otras enfermedades_____
 Alergias_____
 Vacunas_____
 Síntomas gastrointestinales_____
 Antibióticos_____

HABITOS

Alimentación _____

Vestido_____

Aseo_____

Trabajo _____

Cortsía/sociabilidad_____

ESCOLARIDAD/RUTINA DIARIA DEL NIÑO

Inicio_____años

Terapias recibidas_____

ANTECEDENTES FAMILIARES

EVALUACIONES ANTERIORES Y RESULTADOS

ANEXO 2

ANEXO 3

ANEXO 4