

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación.

Escuela de Psicología Clínica

**Plan Terapéutico Cognitivo-Conductual para superar la Ansiedad de Separación en
una niña de nueve años.**

**Monografía previa a la obtención del Título de
Psicóloga Clínica.**

Alumna: Fabiola del Pilar Arizabala Rivera

Director: Dr. Patricio Cabrera

Cuenca, Ecuador

2010

Dedicatoria:

A mi esposo, A mis hijos

A mis padres y hermanos.

AGRADECIMIENTO

A mi papito Dios, por haberme dado la oportunidad de ser profesional y darme las fuerzas para llegar a cumplir mi sueño.

A mi esposo, por haberme ayudado en esta tarea tan difícil a pesar de los inconvenientes que hemos vivido.

A mis hijos, por haber sufrido conmigo y haberles quitado el tiempo que debí darles.

A mis padres, por estar siempre conmigo en las buenas y las malas.

A mis hermanos, por su apoyo para poder cumplir mi sueño.

A mis profesores, Dr. Patricio Cabrera, Dr. Gerardo Peña, Dr. Ramiro Lazo, por su comprensión, enseñanza y dedicación.

Finalmente, a una amiga muy especial, Dayana Gómez, que supo dar todo de su tiempo, amor y entender lo que estaba pasándome y que gracias a esa amistad incondicional mi sueño se hizo realidad.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es proponer un tratamiento Cognitivo-Conductual para superar la sintomatología de la Ansiedad por Separación en una niña de 9 años. Las técnicas que se proponen buscarán cambiar las conductas negativas cambiándolas por otras más adecuadas, identificar distintos tipos de sentimientos, desarrollar estrategias de afrontamiento a la ansiedad, responder las incógnitas que se plantean sobre este tema los padres. La niña y sus padres viven un gran malestar además de un deterioro significativo en el ámbito familiar, escolar y/o personal.

Se buscó proporcionar habilidades útiles, psicoeducación y confianza por medio de técnicas de intervención que han demostrado mayor eficacia.

Palabras claves:

I-Ansiedad por Separación –Técnicas.-Intervención- Cognitivo Conductual-
Tratamiento.

ABSTRACT

The objective of this project is to propose a cognitive- behavioral treatment in order to overcome the symptoms of separation anxiety in a 9 year old girl; the techniques proposed look to change the negative behavior by replacing them with other more adaptive ones, identify different feelings, develop anxiety facing strategies and answer the parents doubts. The family environment is deteriorating significantly as well as in school and personal life. The treatment provides useful skills, psycho-education and confidence through the use of intervention techniques that have shown higher effectiveness

Key Words:

Separation anxiety – Techniques – Intervention – Cognitive Behavioral – Treatment.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1:	
SUSTENTO TEORICO DEL CASO	
1.1 Trastornos de Ansiedad en niños.....	3
1.1.1 ¿Qué son los trastornos de ansiedad?	
1.1.2 ¿Son comunes los trastornos de ansiedad?.....	4
1.1.3 ¿Quién tiene más riesgo de padecerlos?.....	4
1.1.4 Trastornos de ansiedad pueden manifestarse en la niñez.....	5
1.1.5 Los trastornos de ansiedad no tratados pronto pueden dar resultado en.....	5
1.1.6 ¿Qué implica el abordaje psicoterapéutico?.....	6
1.2 Teoría del apego.....	6
1.2.1 Relevancia de la teoría del apego.....	8
1.2.2 Tipos de apegos.....	9
1.2.3. Apego seguro	10
1.2.4 Apego ansioso- evitante.....	10
1.2.5 Apego ansioso ambivalente	12
1.2.6 Fases de la separación.....	13
1.3 Trastorno de ansiedad por separación.....	14
1.4 Criterios Diagnósticos según DSM- IV para el Trastorno de Ansiedad por Separación.....	16
1.6 ¿Qué pueden hacer los padres para ayudar a sus hijos?.....	17
CAPÍTULO 2	
EXPLICACION DEL CASO	
2.1 Sintomatología de la niña.....	20
2.2 Historia clínica.....	22
CAPÍTULO 3	
TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL	
3. 1 Definición de Terapia Cognitivo-Conductual.....	29
3.2 Modelos cognitivos (Perspectiva histórica).....	30
3.3 Fundamentos de la terapia cognitiva conductual.....	30
3.3.1 Triada cognitiva.....	31
3.3.2Modelo de esquemas.....	32
3.3.3Errores en el procesamiento de la información.....	32
3.4 Tratamiento conductivo conductual sugerido para la paciente.....	33
3.4.1 Psicoterapia.....	34
CAPITULO IV	
PLAN DE ACCIÓN	
4.1 Objetivos Generales.....	37
4.2 Estrategias.....	37
4.2.1 Autoevaluación.....	37
4.2.2 Autoinstrucciones.....	38
4.2.3 Psicoeducación.....	38
4.2.4 Relajación.....	38

4.2.5 Desensibilización sistemática.....	39
4.2.6 Roleplaying.....	40
4.3 Distribución del Tiempo.....	40
4.3.1 Explicación del contenido de cada sección.....	41

ANEXOS

INTRODUCCIÓN

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 el desarrollo evolutivo del niño puede constituir una alteración psicopatológica, el trastorno de ansiedad por separación (TAS).

En este trabajo se pretende a través de la utilización de técnicas cognitivas conductuales resolver la problemática de la niña y su ansiedad.

En el primer capítulo se dará un sustento teórico al tema central del trabajo: La ansiedad por separación, y la teoría relacionada al caso que se creyó conveniente incluir.

En el segundo capítulo se describirá el caso de la niña; incluyendo los pasos que se siguieron para llegar a un diagnóstico.

El tercer capítulo se refiere a la perspectiva teórica sobre las técnicas utilizadas en este caso, sus conceptos.

Y en el capítulo final se explica cómo serán aplicadas cada una de las técnicas descritas en el capítulo tres del caso, además su distribución en el tiempo que se consideró que deberá durar la terapia, conclusiones del trabajo realizado y recomendaciones para considerar.

CAPÍTULO I
SUSTENTO TEORICO DEL CASO

En este capítulo se dará un sustento teórico al caso, los temas que se han incluido en el; nos ayudan a entender mejor la problemática de la niña para escoger el mejor camino hacia su recuperación.

1.1 TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS

1.1.1 ¿Qué son los trastornos de ansiedad?

Son un grupo de entidades nosológicas psiquiátricas que pueden presentarse en todas las etapas del desarrollo (niño, adolescente, adulto), pero que adquieren una importancia fundamental en la niñez.

¿Por qué?

En primer lugar porque pese a integrar el grupo de enfermedades psiquiátricas de mayor prevalencia en la niñez, es el de menor consulta.

En segundo lugar, por el nivel de sufrimiento “en silencio” que implica para el que lo padece.

En tercer lugar, por la repercusión emocional, social y eventualmente académica que conlleva.

Y por último por la evolución que puede acarrear cuando no es tratada a tiempo.

¿Cuáles son las características básicas de los trastornos de ansiedad?

Podríamos hacer una larga lista de características, pero preferimos tratar de encontrar el fenómeno psicopatológico común a todas ellas.

Los niños (también los adolescentes y los adultos) portadores de algún tipo de trastorno de ansiedad tienden a tener un tipo de pensamiento particular que se caracteriza por ser exagerado, irracional, negativo, difícil de controlar, casi parásito.

Podemos llamarlo pensamiento catastrófico reverberante (CR).

Esta forma de pensar podrá dar lugar a cierto tipo de sentimientos básicos, a saber: excesivo miedo, excesiva vergüenza, excesiva preocupación.

Nótese que remarcamos el adjetivo, ya que la exageración es uno de los problemas cognitivos importantes de los niños portadores de estos trastornos. El miedo, la preocupación y la vergüenza son propios del ser humano.

Lo que define la enfermedad es la intensidad o la frecuencia desmedida con la que aparecen, o ambas.

En realidad lo que se exagera es la interpretación de los estímulos que recibimos del medio.

De esta manera, un ruido en la noche se transforma en “un asesino que viene a buscarnos”; una mala calificación en la seguridad de que “perdí el año”; el alejamiento de mis padres porque se van a trabajar en la seguridad de que “no los veré nunca más”; el agua de la playa en la convicción de que “me ahogo”; una discusión entre mis padres, “el divorcio”.

Usted dijo que se trataba de “un conjunto de patologías”

1.1.2 Son comunes los trastornos de ansiedad?

- Están entre los más comunes de los problemas mentales, emocionales y de comportamiento en la niñez y la adolescencia.
- Aproximadamente, 13 de cada 100 niños y adolescentes entre 9 y 17 años experimentan algún tipo de trastorno de ansiedad
- Las niñas se ven más afectadas
- Además, los trastornos de ansiedad pueden coexistir con trastornos de salud que necesitan tratamiento.

1.1.3 Quién tiene más riesgo de padecerlos?

- El carácter tiene que ver en los trastornos de ansiedad entre algunos niños y adolescentes.

- Ejm: un niño tímido adopta una actitud retraída en situaciones fuera del ámbito familiar, lo que ya es un posible signo de riesgo.
- Debe haber una observación cuidadosa a los niños entre 6 y 8 años. el miedo de los niños a objetos disminuye y se acrecienta la ansiedad hacia el rendimiento escolar y las relaciones sociales.
- Un exceso de ansiedad puede ser una señal a un desarrollo de trastornos de ansiedad.
- Niños y adolescentes tienen más posibilidad de desarrollar el trastorno si sus padres lo padecen.
- No se sabe si pueden ser hereditarios.

1.1.4 Trastornos de ansiedad que pueden manifestarse en la niñez

- _ Trastorno por ansiedad específico.
- _ Trastorno por ansiedad de separación.
- _ Trastorno por ansiedad social.
- _ Trastorno por ansiedad generalizada.
- _ Trastorno obsesivo compulsivo.
- _ Trastorno por estrés postraumático.
- _ Trastorno por pánico.

1.1.5 Los trastornos de ansiedad no tratados pronto pueden dar resultado en:

- Repetidas ausencias a clase o una incapacidad para terminar el período de escolaridad.
- Deterioro en las relaciones con iguales.
- Baja autoestima.
- Abuso de alcohol u otro tipo de drogas.
- Problemas de ajuste en situaciones laborales.
- Trastornos de ansiedad en edad adulta.

1.1.6 ¿Qué implica el abordaje psicoterapéutico?

En líneas generales, la psicoterapia es una forma de abordaje que utiliza fundamentalmente la palabra para definir y resolver determinada problemática.

Hay distintas modalidades que dependen del marco teórico, de las hipótesis que se manejen en la causa de la enfermedad.

En los trastornos de ansiedad la modalidad psicoterapéutica que ha mostrado ser eficaz es la terapia cognitivo conductual. Se basa en ayudar al niño o adolescente a identificar los pensamientos CR y darles estrategias para modificarlos. Esto se hace con diferentes técnicas, dependiendo de la edad y posibilidades intelectuales del paciente.

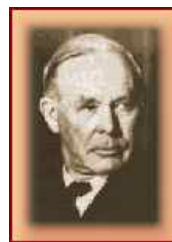
Los estudios publicados muestran mayor éxito con la combinación de fármacos y terapia cognitivo conductual que cada uno de estos abordajes aislados.

Birmaher B, Villar L. Trastornos de ansiedad en los niños y los adolescentes. In: Meneghello J, Grau Martínez A, eds. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia.* Buenos Aires: Médica Panamericana, 2000: 323-33.

1.2 Teoría del apego.-



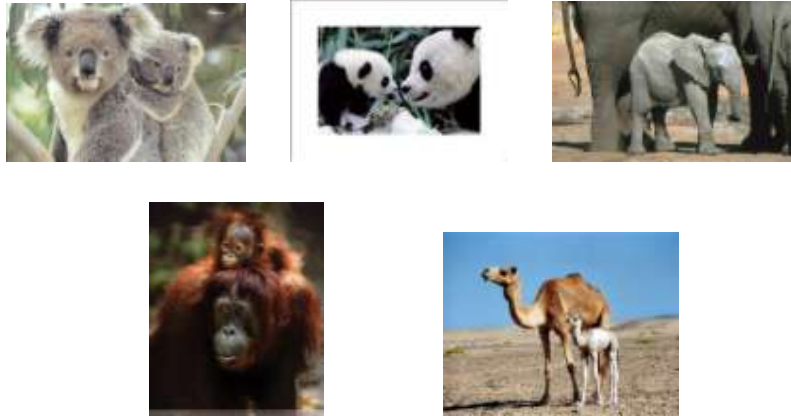
M. Ainsworth



J. Bowlby

La teoría del apego, esta es una teoría iniciada en los años cincuenta que parte de una perspectiva etológica. Sus principales exponentes, J. Bowlby y M. Ainsworth plantean que la separación producida entre un niño pequeño y una figura de apego es

de por sí perturbadora y suministra las condiciones necesarias para que se experimente con facilidad un miedo muy intenso. Como resultado, cuando el niño visualiza ulteriores perspectivas de separación, surge en él cierto grado de ansiedad. El propio Bowlby cree que su planteo es una combinación de la Teoría de las señales y de la Teoría del apego frustrado (Bowlby, 1985).



Bowlby pensaba que la relación entre lo que provoca temor y lo que realmente puede dañarnos es indirecta. Sin embargo compartimos con los animales ciertos temores: el desconocimiento del otro ser o de un objeto; el temor a objetos que aumentan de tamaño o se aproximan rápidamente; el temor a los ruidos intensos y el temor a la oscuridad y el aislamiento. Nada de esto es peligroso en sí mismo pero desde el punto de vista evolutivo tiene explicación: son señales de peligro, por ejemplo, la presencia de depredadores que se perciben como seres extraños y que se aproximan comúnmente durante la noche y la cercanía de un desastre natural (Bowlby, 1985).

La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño o un adulto es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto. Cuando Bowlby se refiere a presencia de la figura de apego quiere decir no tanto presencia

real inmediata sino accesibilidad inmediata. La figura de apego no sólo debe estar accesible sino responder de manera apropiada dando protección y consuelo.

Su teoría defiende tres postulados básicos:

- Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que no albergue tal grado de confianza.
- La confianza se va adquiriendo gradualmente durante los años de inmadurez y tiende a subsistir por el resto de la vida.
- Las diversas expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego forjados por diferentes individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo relativamente fiel de sus experiencias reales.

1.2.1 Relevancia de la teoría del apego

Bowlby parte de una perspectiva evolutiva de sesgo darwiniano, planteó que la conducta instintiva no es una pauta fija de comportamiento que se reproduce siempre de la misma forma ante una determinada estimulación, sino un plan programado con corrección de objetivos en función de la retroalimentación, que se adapta, modificándose, a las condiciones ambientales.

Es interesante señalar que la teoría del apego investiga la ontogenia de las respuestas a la separación e incluye referencias a Piaget al hablar de la interacción del apego con el desarrollo cognitivo del bebé en la segunda mitad del primer año de vida, cuando este logra permanencia del objeto. En las 28-30 semanas de vida se da el punto de viraje es decir aparecen las respuestas a la separación como evidentes; el bebé ha empezado a percibir el objeto como algo que existe independientemente de

sí mismo, aún cuando no lo perciba directamente por lo cual puede iniciar su búsqueda. Hay experimentos de los 70 que demuestran que la permanencia de las personas se produce primero que la permanencia de los objetos inanimados.

La tendencia a reaccionar con temor a la presencia de extraños, la oscuridad, los ruidos fuertes, etc, son interpretados por Bolwby como el desarrollo de tendencias genéticamente determinadas que redundan en una predisposición a enfrentar peligros reales de la especie y que existen en el hombre durante toda la vida. Aunque inicialmente esta postura podría evaluarse como demasiado sesgada hacia la carga biológica, en realidad, Bolwby completa su postura refiriéndose a una serie de circunstancias psicológicas y culturales que dan lugar a estas reacciones. En este sentido hace referencia a los peligros imaginarios, los indicios culturales aprendidos de otras personas sobre el peligro, la racionalización, la atribución de significado a las conductas de los niños por parte de los padres, la proyección y el contexto familiar (Bolwby, 1985).

1.2.2 Tipos de Apego

Clasificación de Ainsworth

Ainsworth y cols. (1978) elaboraron un instrumento denominado "situación extraña", con el objetivo de evaluar la manera en que los niños utilizaban a los adultos como fuente de seguridad, desde la cual podían explorar su ambiente; también la forma en que reaccionaban ante la presencia de extraños, y en los momentos de separación y reunión con la madre. La prueba consta de ocho episodios de tres minutos de duración cada uno. Previamente a su aplicación, se brinda la información adecuada y precisa sobre la misma, tanto a la madre como a la "persona extraña". La secuencia completa de la interacción es videograbada a través de una

cámara de Gessell. (Lartigue y Vives, 1992). Ainsworth distinguió a raíz de ésta prueba tres tipos de apego según la respuesta del niño:

1. *Niños ansiosos-evitantes:*
2. *Niños con apego seguro*
3. *Niños con apego ansioso-ambivalente:*

Tomando como base la clasificación de Ainsworth, se procede a describir las características de cada uno de estos tipos de apego.

1.2.3 Apego seguro

Un patrón óptimo de apego se debe a la sensibilidad materna, la percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada a las señales del niño, fortalecen interacciones sincrónicas (Aizpuru, 1994).

Las personas con estilos de apego seguro, son capaces de usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Ellos tienen cuidadores que son sensibles a sus necesidades, por eso, tienen confianza que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad. En el dominio interpersonal, tienden a ser más cálidas, estables y con relaciones íntimas satisfactorias, y en el dominio intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismo. De igual forma, muestran tener una alta accesibilidad a esquemas y recuerdos positivos, lo que las lleva a tener expectativas positivas acerca de las relaciones con los otros, a confiar más y a intimar más con ellos.

1.2.4 Apego ansioso - evitante

Para la conducta que tiende a aumentar la distancia de personas y objetos supuestamente amenazadores resultan convenientes los términos "retracción" "huida"

y "evitación". Para otro componente importante y adecuadamente organizado, el término utilizado es "inmovilización" (Bowlby, 1985; 1998).

La conducta de retracción y la de apego se suelen dar con frecuencia ya que ambas cumplen una misma función: protección. Resulta fácil combinar en una acción única el acto de alejarse de una zona y acercarse a otra. No obstante, existen poderosas razones para trazar un distingo entre ambas. En primer lugar, aunque en buena medida las condiciones que las provocan son las mismas, no siempre ocurre así. La conducta de apego, por ejemplo, puede ser activada por la fatiga o la enfermedad, tanto como una situación que provoca miedo. Por otra parte, cuando ambas formas de conducta son activadas al mismo tiempo no siempre son compatibles, aunque si lo sean en la mayoría de los casos. Por ejemplo, puede producirse una situación conflictiva cuando el estímulo que provoca tanto la huida como la conducta de acercamiento de un individuo se halla ubicado entre éste último y la figura en quien se centra su afecto. Reviste primacía una u otra forma de conducta cuando el individuo atemorizado marcha de manera más o menos directa hacia la figura del apego, a pesar de que para ello tiene que pasar cerca del objeto amenazador, o cuando huye de este último aún cuando al hacerlo pone una distancia cada vez mayor entre sí mismo y la figura de apego (Bowlby, 1985; 1998).

Una conducta de apego insegura-evitante o la presencia de fallas en el establecimiento del vínculo materno-infantil, también se ha asociado con madres que maltratan a sus hijos, ya sea de manera física, verbal, a través de la indiferencia o por una inhabilidad psicológica (Egeland y Ericsson, 1987; mencionado por Lartigue y Vives, 1992). Este tipo de apego no seguro, se ha asociado con la presencia del "síndrome no orgánico de detención del desarrollo" que se caracteriza por carencias nutricionales y/o emocionales que derivan en una pérdida de peso y un retardo en el

desarrollo físico, emocional y social. Muestran tener una menor accesibilidad a los recuerdos positivos y mayor accesibilidad a esquemas negativos, lo que las lleva, en el caso de las personas evasivas, a mantenerse recelosas a la cercanía con los otros y a las personas (Leventhal et al, 1988; mencionado por Lartigue y Vives, 1992).

Las madres de niños evitantes pueden ser sobreestimulantes e intrusitas (Aizpuru, 1994).

Las personas con este tipo de apego, tienen despliegues mínimos de afecto o angustia hacia el cuidador, o evasión de esta figura ante situaciones que exigen la proximidad y rechazan la información que pudiese crear confusión, cerrando sus esquemas a ésta, teniendo estructuras cognitivas rígidas tienen más propensión al enojo, caracterizándose por metas destructivas, frecuentes episodios de enojo y otras emociones negativas (Gayó, 1999). 9Algunos niños sujetos a un régimen imprevisible parecen llegar a un punto de desesperación en el que, en vez de desarrollar una conducta afectiva caracterizada por la ansiedad, muestran un relativo desapego, aparentemente sin confiar en los demás ni preocuparse por ellos. A menudo esta conducta se caracteriza por la agresividad y la desobediencia, y esos niños son siempre propensos a tomar represalias. Este tipo de desarrollo es mucho más frecuente en los varones que en las niñas, en tanto que ocurre a la inversa en el caso de una conducta de fuerte aferramiento y ansiedad (Bowlby, 1985; 1998).

1.2.5 Apego ansioso ambivalente

Los sujetos ambivalentes son aquellos que buscan la proximidad de la figura primaria y al mismo tiempo se resisten a ser tranquilizados por ella, mostrando agresión hacia la madre. Responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no

tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de los primeros. Estas personas están definidas por un fuerte deseo de intimidad, junto con una inseguridad respecto a los otros, pues desean tener la interacción e intimidad y tienen intenso temor de que ésta se pierda. De igual forma, desean acceder a nueva información, pero sus intensos conflictos las lleva a alejarse de ella (Gayó, 1999)

Una situación especial en la que se produce conflicto entre la conducta afectiva y la conducta de alejamiento, es la que se produce cuando la figura de apego es también la que provoca temor, al recurrir, quizás, a amenazas o actos de violencia. En esas condiciones, las criaturas más pequeñas no suelen huir de la figura hostil, sino aferrarse a ella (Bowlby, 1985; 1998).

Todo apego regido por la ansiedad se desarrolla no sólo porque el niño ha sido excesivamente gratificado, sino porque sus experiencias lo han llevado a elaborar un modelo de figura afectiva que suele mostrarse inaccesible o no responder a sus necesidades cuando aquél lo desea. Cuanto más estable y previsible sea el régimen en el que se cría, más firmes son los vínculos de afecto del pequeño; cuanto más imprevisibles y sujetos a interrupciones sea ese régimen, más caracterizado por la ansiedad será ese vínculo (Bowlby, 1985; 1998).

1.2.6 Fases de la separación

Según Bowlby (1985; 1998), en las separaciones prolongadas los niños atraviesan tres fases:

- 1) Protesta y trata de recuperar a la madre por todos los medios posibles
- 2) Desespera la posibilidad de recuperarla pero, sigue preocupado y vigila su Retorno.
- 3) Desapego emocional

Siempre que el periodo de separación no sea demasiado prolongado, ese desapego no se prolonga indefinidamente. Más tarde, el reencuentro con la madre, causa el resurgimiento del apego. De ahí en adelante, durante días o semanas, el pequeño insiste en permanecer con ella. Siempre da muestras de ansiedad cuando intuye su posible partida (Bowlby, 1985; 1998).

La respuesta infantil es diferente dependiendo de quién inicia la separación. El niño no muestra signos de miedo cuando se aleja porque alguna cosa atrae su curiosidad o para jugar. Si la separación se realiza contra su voluntad manifiesta señales de intenso temor, aunque el adulto cuidador permanezca en su campo de visión, y busca ansiosamente el contacto con él. Así, durante la infancia, se producen las separaciones forzadas por diversas circunstancias:

- a. Escolarización
- b. Hospitalización
- c. Divorcio
- d. Muerte

Papalia DE, Wendkos S, Duskin R: Psicología del desarrollo, 1ra Edición. McGraw-Hill (Ed), 2001.

Bowlby, J. (1985). La separación afectiva. Ediciones Paidós: Barcelona.

Bowlby, j. (1998). El apego y la pérdida 2: La separación. Barcelona: Paidós

Bowlby, j. (1997). La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Barcelona: Paidós

Bowlby, j.(1998). El apego y la pérdida 1: El apego. Barcelona: Paidós

1.3 Trastorno de ansiedad por separación

Es el trastorno de ansiedad de mayor prevalencia en la infancia.

El pensamiento CR aparecerá ante la separación del hogar o de las personas a las que el niño está afectivamente vinculado.

El pensamiento CR podrá ser del tipo “nunca más voy a ver a mis padres”, “me llevan al supermercado para abandonarme allí”, “se va a caer el avión que los lleva a...”, “me van a secuestrar”, etcétera.

El sentimiento será de preocupación intensa o miedo y podrá manifestarse con signos somáticos, especialmente cefaleas y/o epigastralgias.

Estas manifestaciones ceden ante la comprobación de que sus ideas eran irracionales. Por ejemplo, al reencontrarse con sus padres a la salida de la escuela, o cuando hablan por teléfono con ellos.

Este alivio casi inmediato lleva a que el niño pueda ser subestimado en sus manifestaciones. Cuando a un niño con ansiedad de separación se lo lleva a la consulta pediátrica por este tipo de dolores y la conclusión es que “no tiene nada” o que “está llamando la atención”, puede desarrollar un problema adicional a su trastorno por ansiedad a saber: la pérdida de esperanza de poder ser ayudado.

Esto puede aumentar su trastorno de base. El trastorno por ansiedad de separación es una de las causas más importantes de rechazo escolar y debe diferenciarse de la fobia escolar, ya que su tratamiento es diferente.

Hay estudios que muestran una correlación significativa entre trastorno de ansiedad de separación no tratado en la niñez y trastorno de pánico en la etapa adulta.

Puede haber repercusión en el sueño, ya sea en los aspectos cuantitativos (insomnio o hipersomnio)

-Birmaher B, Villar L. Trastornos de ansiedad en los niños y los adolescentes. In:

Meneghello J, Grau Martínez A, eds. *Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2000: 323-33.), como cualitativos (pesadillas).

1.4 Criterios Diagnósticos del DSM-IV para el Trastorno de Ansiedad por Separación:

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel del desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto al hogar o de las personas con quien 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 al hogar o de las principales figuras vinculadas.
 - 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras vinculadas o a que estas sufran un posible daño.
 - 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso de lugar a la separación de una figura vinculada importante (extraviarse o ser secuestrado).
 - 4 Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.
 - 5. Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o dormir fuera de casa.
 - 6. Pesadillas repetitivas con temática de separación.
 - 7. 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 IV (DSM IV). Ed. Masson, Barcelona 1995.

1.5 ¿Qué pueden hacer los padres para ayudar a sus hijos?

- Buscar un profesional de la salud, especializado en niños o adolescentes
- Obtener información adecuada
- Asesorarse sobre tratamientos y servicios

Aunque resulte tentador ayudar a su hijo a evitar o escapar de las situaciones y actividades que lo angustian, esto sólo contribuye a prolongar su ansiedad. En lugar de rescatarlo, aliéntelo a atravesar sus miedos y elogie todo intento por encontrar una solución.

Los niños imitan las conductas y emociones expresadas por sus padres. Cuando necesiten orientación para dar respuesta a una situación dada, lo mirarán a usted. Controle y maneje sus propias reacciones ante situaciones que provocan angustia y también su respuesta ante la ansiedad manifiesta de su hijo.

Los niños se angustian, en parte, por lo que se dicen a sí mismos. Puede ayudarlos a darse cuenta de que sus pensamientos están interfiriendo en su rendimiento. Por ejemplo: un niño puede resistirse a hacer algo porque le preocupa que otros niños piensen que es un tonto. Puede ayudarlo poniendo en duda estas ideas con mucho

(www.education.pitt.edu/ocd/publications/.)

Conclusión: Creo que los temas incluidos son los indicados para conocer la información necesaria acerca de la Ansiedad por Separación y más adelante tomar decisiones acertadas acerca del tratamiento correcto.

CAPITULO II

EXPLICACION DEL CASO

Se tratará de explicar el caso de la paciente, cuáles fueron los pasos que se siguieron para llegar a un diagnóstico y cuál sería el tratamiento más conveniente para su sintomatología.

2.1 Sintomatología de la niña.- La niña se mostró sumamente nerviosa desde pequeña, ya para el año y medio se notó que los ruidos, (la batidora, aspiradora, secadora de pelo, etc.), le ponían demasiado nerviosa. Hace tres años nace su hermanito y se pone súper celosa. También hace tres años fallece la bisabuelita; eso le impactó bastante. Durmió con sus padres, en el mismo cuarto hasta los siete años seis meses.

Según informa su mamá la niña es producto de un embarazo aceptado, llevado con normalidad y control médico todo el tiempo. De sueño normal hasta que se le pasa de cuarto y comienza a levantarse para ir con sus papas. Su alimentación desde pequeña ha sido dificultosa porque come poco.

Ingresó a la guardería de 18 meses y no se adaptó. Luego se le cambió pero duró una semana, dijo que la maltrataban (2 años). Se intenta nuevamente a los dos años nueve meses y se adapta satisfactoriamente, permaneciendo en...hasta pasar hasta pre kínder...Se adaptó muy bien y socializo aceptablemente. Siempre ha vivido con sus padres, en un ambiente de cariño, sumamente protegida y mimada por todos, por ser la única hija y nieta, hasta el nacimiento de su hermano, lo que provocó un fuerte desajuste por los celos. Hace dos años fue peor con el nacimiento de un primito. En la actualidad asiste normalmente a clases donde presenta un rendimiento escolar y conducta sobresalientes, pelea mucho con el hermano, tiene un carácter muy fuerte y es agresiva con ella misma y con los demás. Por motivos de trabajo el papá se ausenta bastante, y eso a ella le molesta, se queja mucho.

2.2. Historia clínica

Datos de identificación:

NOMBRES Y APELLIDOS: N/N

FECHA DE NACIMIENTO: 11/09/2000 EDAD: 9 años y 9 meses

NIVEL: quinto de básica INSTITUCION: Alfonso Cordero

FECHA DE EVALUACIÓN: 13 de febrero del 2010

RESPONSABILIDAD PATERNAL: Padres

Motivo de consulta: Se solicita una valoración psicológica de la niña por su comportamiento especialmente en las noches. "Siempre ha tenido miedos y ha sido nerviosísima. Tiene miedo a la oscuridad desde chiquita. Ya desde hace algún tiempo habla de una sombra negra, de pelo largo que le toca, que siente su presencia, se pone muy nerviosa, se pasa a nuestra cama y duerme tranquila...; no me deja ir a ningún lado y me llama cada cinco minutos..." (Mamá).

Datos de los padres:

NOMBRE DEL PADRE: N/N EDAD: 34 años

OCUPACIÓN: Arquitecto INSTRUCCIÓN: Superior

VIVO:X: AUSENTE: Flexible....X....

Contemplativa...X.....

Ausente..... Indiferente.....

RELACIONES AFECTIVAS:

Buena...X..... Mala..... Regular..... Ausencia.....

CONYUGAL: Inicio: 1999 Duración: 11 años

RELACIÓN: Buena...X..... Dificultosa..... Mala.....

NOMBRE DE LA MADRE: N/N EDAD: 30 años

OCUPACIÓN: Ama de casa INSTRUCCIÓN: Superior

VIVO...X..... MUERTO..... AUSENTE.....

IMAGEN: Rígida..... Flexible...X.... Contemplativa...X.....

 Ausente..... Indiferente.....

RELACIONES AFECTIVAS:

Buena...X..... Mala..... Regular.....

 Ausencia.....

CONYUNGAL: Inicio: 1999 Duración: 11 años

RELACIÓN: Buena...X..... Dificultosa..... Mala.....

HERMANOS:

Número...1.... Hombres...1.... Mujeres.....

Pedro (2 años)

Lugar que ocupa: Es el segundo hijo.

RELACIONES AFECTIVAS:

Buena.....Mala...X.... Regular.....

Estructura del hogar parental

Actual: Organizado.....X... Desorganizado..... Otros.....

Ambiente: Agradable..... Hostil.....

Desarrollo del niño-A

Período prenatal: Hijo-a: Controlado..... No Planificado..... Planificado...X.....

Primeros movimientos fetales: 3 meses Duración: 9 meses

Embarazo: Normal...X... Complicado.....

Dificultades: Sin dificultades peri ni postnatales.

Parto: Normal...X..... Cesarea..... Fórceps..... Inducción.....

Incubadora..... Cañanosis..... Convulsiones.....

Ictericia..... Otros.....

Respiro...X.... Lloró...X..... Talla...49m... Peso...6 1/2 libras...

Vacunas...tiene todas...

Reacciones a estímulos del ambiente en los primeros días:

Sonoros...X.... Visuales..... Motores.....

Lactancia: Seno..... Biberón..... Mixta...X...

Dificultades de succión:...no presenta.....

Psicomotricidad

Sostuvo la cabeza: 3 meses.

Se sentó sin apoyo: 6 meses.

Gateó: no gateó

Se paró: 10 meses.

Caminó: 1 año 1 mes.

Subió escaleras 1 y 5 años.

Manejó triciclo: 4 años.

Dificultades encontradas: Sueño Alterado, sin apetito.

Lenguaje

Balbuceo...si... Primeras palabras...9 meses...

Control de esfínteres

Control vesical: 1 año 6 meses.

Control anal: 2 años.

Alimentación

A qué edad se dio el destete: 1 año.

A qué edad comió solo: 2 años.

Hábitos alimenticios: Presenta mucha resistencia el momento de comer

Sueño

Con quién duerme: Con los padres

Dificultades encontradas: Tiene muchos miedos, ve una sombra

Tipos de juego del niño: La niña practica ballet

Actitud durante la entrevista: Colabora con la entrevista.

Antecedentes familiares sobresalientes (enfermedades y/o trastornos) Ninguno

Iniciación escolar: A los 3 años ingresa a la guardería

Adaptación Escolar: ...Buena...X Dificultosa..... Mala.....

Adaptación Social: ...Buena...X Dificultosa..... Mala.....

Adaptación Familiar: ...Buena...X Dificultosa..... Mala.....

Figura de autoridad: La padre.

Desarrollo Emocional: Inestable.

Psicopatología Infantil: (Ansiedad por Separación)

Hábitos: Sus hábitos de aseo, alimentación, vestido los realiza sin dificultad, desde los 5 años, pero su carácter es sumamente fuerte y es agresiva con ella misma y con los demás y en la sociabilidad presenta dificultad.

Evaluaciones anteriores y resultados: Ninguno.

Pruebas aplicadas:

Se le aplicó los siguientes reactivos:

- HTP (ver Anexo 1)
- GARABATOS (test proyectivo) (ver Anexo 2)
- TEST DE LA FAMILIA (Anexo 3)
- ECI a su madre (ver Anexo 4)

Resultados de los reactivos psicológicos aplicados

Luego de realizada la observación clínica y dada la aplicación de reactivos psicológicos:

-Se detecta los siguientes síntomas psicopatológicos primarios:

Hipersensibilidad

Sentimientos de Inseguridad

Reacciones Desproporcionadas frente a situaciones estresantes

Impulsividad

Temor a crecer

Rivalidad Fraternal muy marcada

Llanto Fácil

-Como síntomas psicopatológicos secundarios se encontraron:

1. Conducta social:

Agresividad reactiva

Evasión de temas en donde no se siente fuerte

Comparación excesiva

Evitación

Aislamiento

2. Área Académica

Desinterés y Desmotivación

Conformismo

3. Factores Emocionales

Inseguridad

Hipersensibilidad

Ansiedad

Desconfianza en sí misma y en los demás

Dependencia de la madre

Rivalidad fraterna

Impulsividad

Desinterés marcado

4. Área Física

Sentimientos de incapacidad

Diagnóstico: Es una niña sumamente sensible, con una personalidad muy colaboradora, perceptiva, muy comunicativa. Es muy despierta, capta rápidamente, denotando inteligencia al instante.

Es impulsiva. No se esfuerza por conseguir lo que quiere por sí misma, le gusta que le atiendan y que le solucionen la vida, por lo que busca llamar la atención, antes de solicitar debidamente las cosas o en forma razonada.

Manifiesta una clara dependencia con respecto de su madre y existe una fuerte rivalidad fraterna; si bien quiere a su hermano, el representa un obstáculo en su desarrollo. Anhela aceptación constante, especialmente de sus padres.

Tiene una Autoestima baja, no se siente segura de sí misma, ni capaz.

Se llega a la conclusión de que la paciente presenta un conjunto de síntomas compatible con los criterios para el Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación.

Recomendaciones:

Se recomienda dar una terapia de apoyo individual

Una aplicación de un modelo cognitivo-conductual

Asesoría para padres y demás familiares

Conclusión: Diseñar un plan terapéutico basado en la teoría cognitivo-conductual para dar un tratamiento adecuado, donde se estimará un tiempo para terapia y técnicas de acuerdo a las necesidades de la niña en las que se incluirá a sus padres para involucrarlos en el proceso de su hija y una vez superada la sintomatología dar seguimiento al caso para reforzar las conductas adquiridas.

CAPITULO III

TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL

Una vez escogida la Terapia Cognitivo-Conductual como el camino más adecuado para su recuperación, se explicará en este capítulo el porqué esta terapia actúa de mejor manera con el trastorno de Ansiedad por separación.

3.1 Definición de Terapia Cognitiva Conductual.-

La terapia Cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se usa para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo, la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.) Se basa en el supuesto teórico de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones (eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Las Técnicas terapéuticas que van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias que subyacen a estas concepciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos.

El Método consiste en enseñar al paciente las siguientes operaciones: 1.-controlar los pensamientos automáticos negativos, 2.- identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; 3.- examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, 4.- sustituir esas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas; y 5.- aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

La Terapia se centra en problemas “aquí y ahora”, su estrategia general es el énfasis que pone en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias,

conclusiones y supuestos automáticos del paciente. Nosotros formulamos las ideas y creencias desviadas del paciente acerca de si mismo, de sus experiencias y de su futuro.

3.2 MODELOS COGNITIVOS.- (PERSPECTIVA HISTÓRICA)

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se cuentan los siguientes:

1. La percepción y la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
2. Las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
3. El modo que tiene el individuo de evaluar una situación se hace evidente a partir de sus cogniciones.
4. Estas cogniciones constituyen la “corriente de la conciencia”, que refleja la configuración de la persona acerca de si misma, su mundo, su pasado y su futuro.
5. Las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en sus afectos y en sus pautas de conducta.
6. Mediante la Terapia psicológica un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.
7. La corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

3.3 FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos: (1) Triada Cognitiva, (2) Los Esquemas y (3) Los errores cognitivos (errores en el proceso de la información).

3.3.1 CONCEPTO DE TRIADA COGNITIVA.-

Consiste en tres patrones cognitivos que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático.

El **PRIMER** componente de la Triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. Se ve desgraciado y tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico, el paciente cree que a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor.

El **SEGUNDO** componente de la Triada se centra en la tendencia del paciente a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas, obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno en términos de relaciones de derrota o frustración.

El **TERCER** componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado. Reaccionará con el mismo efecto negativo que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo.

Los Síntomas motivacionales (poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente.

Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y pensar que sería mejor, incluido el mismo si estuviese muerto. El paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados.

La visión negativa del futuro puede producir una “inhibición psicomotriz”

3.3.2 MODELO DE ESQUEMAS.-

Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones, son designados como esquemas. Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones, así un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias, en los estados psicopatológicos como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes.

El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la intrusión de los esquemas idiosincráticos activos. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

3.3.3 ERRORES EN EL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.--

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

1. Inferencia arbitraria.- se refiere a adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. Abstracción selectiva.- consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

3. Generalización excesiva.- se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de una o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

4. Maximización y minimización.- quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento, errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

5. Personalización.- se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. Pensamiento absolutista (dicotómico).- se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas (impecable o sucio, santo o pecador), Para describirse a sí mismo, el paciente usa las categorías del extremo negativo.

AARON Beck; “Terapia Cognitiva de la Depresión”, Ed.15, España-2003.

3.4 Tratamiento Cognitivo-Conductual sugerido para la paciente.

Es conveniente al tratar a un niño con TAS integrar intervenciones psicosociales y farmacológicas.

La psicoterapia cognitivo conductual y los farmacoterapia han demostrado ser los tratamientos más efectivos en el tratamiento de la ansiedad excesiva del TAS.

Cuando el TAS es leve, se debe iniciar el tratamiento con psicoterapia y añadir fármacos en caso necesario.

Si el cuadro clínico es más severo, conviene iniciar terapia conjunta.

3.4.1 Psicoterapia.-

Estudios controlados han documentado la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad por Separación y otros trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia.

La TCC puede ser individual, grupal y con modalidad que involucre a los padres o Cuidadores afectivos del niño. Las principales intervenciones terapéuticas conductuales son: educación afectiva, uso de técnicas cognitivas, intervenciones con exposición gradual con refuerzos positivos y técnica de relajación. La educación afectiva se refiere a que el niño ansioso aprenda a identificar y a comprender mejor los signos fisiológicos, conductuales y cognitivos que forman parte de la ansiedad como emoción. Este modelo tripartito de la emoción le enseña al niño a distinguir entre sentimientos excesivos y poco realistas de sentimientos armónicos y funcionales. En el proceso terapéutico el niño aprende un automonitoreo de sus sensaciones, pensamientos y respuestas conductuales, de modo de aprender estrategias de enfrentamiento a la angustia que le sean más funcionales y adaptativas. La exposición gradual consiste en que el niño paulatinamente y de manera protegida enfrenta situaciones temidas por él. Este proceso considera la habituación, principio formativo que postula la declinación natural de la ansiedad asociada a situaciones temidas, si el niño las enfrenta frecuentemente por períodos prolongados de tiempo. Para un mejor resultado debe contarse con la cooperación de una persona que contenga y tranquilice al niño durante la exposición a lo temido. El refuerzo positivo o premio, se debe utilizar para alentar el esfuerzo del niño al cambio conductual y

complementa las otras técnicas del TCC. La participación de los padres en la terapia de los trastornos de ansiedad, mejora la reducción de los síntomas ansiosos al compararlos con terapias conductuales en que los padres no participan activamente.

-*GABBARD G: Trastornos de Ansiedad. En: Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica, 3ª Ed. Médica Panamericana, 2006.*

Conclusión: En este capítulo se ha incluido información sobre la terapia cognitivo-conductual como los fundamentos y perspectivas para aclarar los puntos en los que se va a trabajar en el caso que hemos estudiado.

CAPÍTULO IV

PLAN DE ACCION

En este capítulo se explicara las técnicas que fueron escogidas para el plan propuesto buscando lograr superar la problemática de la paciente, también psicoeducación para los padres para facilitarles el trato con su hija.

4.1 Objetivos generales

Reconocer los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas en la niña

Detectar los pensamientos de la niña en las situaciones que le provocan ansiedad

Desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad de separación

Evaluar su propia actuación y autorreforzarse cuando sea adecuado.

4.2 Estrategias

Autoevaluación

Autoinstrucciones

Psicoeducación

Relajación

Refuerzo contingente.

Exposición en vivo (desensibilización).

Role-playing.

4.2.1 Autoevaluación

Método que consiste en valorar uno mismo su propia capacidad, así como la calidad del trabajo realizado, en especial en el campo pedagógico:

- Autoevaluación general del comportamiento de la niña.
- Autoevaluación específica y objetiva de las tareas realizadas en cada sesión.

4.2.2 Autoinstrucciones

Consiste en aprender a utilizar una serie de comentarios y sugerencias que controlen la realización de la tarea, de forma que el niño internalice, transformándose así en un esquema cognitivo, que vaya guiando su comportamiento.

4.2.3 Psicoeducación

La Psicoeducación consiste en un proceso a través del cual el individuo, la familia y la comunidad se informan, convencen, fortalecen y se educan acerca de un Problema. Que se convertirá en protagonista del proceso de salud.

La psicoeducación puede ser dirigida a los individuos, las familias y la comunidad, tanto en situaciones de salud o de enfermedad.

Sus objetivos a nivel individual, familiar o grupal son:

- Promover su compromiso con el cuidado de la salud.
- Promover la búsqueda de comportamientos saludables.
- Promover su protagonismo en el proceso de salud.

4.2.4 Relajación

“Las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación, a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos extremos.”

Ejercicios:

1. Sensación de pesadez.

El sujeto se repite la frase *El brazo derecho (o el izquierdo) me pesa mucho*, alternándola con *Estoy completamente tranquilo*. La persona no tiene que mover el brazo, sino sólo pensar en esta sensación. Después se pasa a generar está sensación

en las piernas, procediendo del mismo modo. Este ejercicio provoca la relajación muscular.

2. Sensación de calor.

El sujeto se concentra en la frase: *La pierna derecha (o la izquierda) está caliente* alternándolas con las dos sugerencias del ejercicio anterior. Después se pasa a generar la sensación de calor en la otra pierna y en los brazos con frases como: *Mi brazo derecho está muy caliente, mis brazos y mis piernas están muy calientes*. Este ejercicio facilita la relajación vascular.

3. Regulación cardíaca.

El sujeto pone la mano sobre su corazón y se repite varias veces las frases de los ejercicios anteriores, añadiendo frases como: *Mi corazón late fuerte y tranquilo, Mi corazón late tranquilo y con ritmo*. No se debe tratar de intensificar el ritmo cardíaco, sino sólo concentrarse en estas sugerencias, dejando que las sensaciones aparezcan poco a poco.

4. Control de respiración.

El sujeto se repite varias veces las frases de los ejercicios anteriores, alternándolas con las frases como: *Respiro tranquilamente, respiro bien* hasta alcanzar un ritmo completamente sosegado a partir de la vivencia de la respiración.

5. Regulación de los órganos abdominales.

El sujeto se concentra en el plexo solar, una zona situada aproximadamente en el punto medio entre el ombligo y el extremo inferior del esternón, donde se encuentra el mayor número de ganglios y nerviosos de la cavidad abdominal. El sujeto se repite varias veces las frases: *Mi estomago está caliente, Mi abdomen está caliente, Del abdomen fluye calor*, alternándose con algunas de las frases anteriores: *Tranquilidad, Peso, Calor*, etc.

6. Regulación de la región cefálica.

El sujeto repite varias veces las frases de los ejercicios anteriores añadiendo frases como: *Mi cabeza se siente fresca*. El objetivo de este ejercicio es que no se produzca una relajación vascular excesiva en la cabeza.

4.2.5 Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática es un proceso de contracondicionamiento que se utiliza para reducir los miedos y la ansiedad.

Para realizar hay que establecer una jerarquía de ansiedad y hacer un entrenamiento con un agente contracondicionador.

Para comprender los miedos de cada niño, debemos conocer todos los aspectos que le rodean. Debemos elicitare los componentes personales, cognitivos, emocionales, fisiológicos y conductuales del miedo. Podemos hacerlo con preguntas como: ¿Que hace que te produzca miedo? ¿Que te pasaba por la cabeza? ¿Quién estaba contigo? ¿Qué haces cuando sientes miedo? ; y ¿Qué sensaciones corporales tienes con un fantasma. ¿Podemos anotar cada escena en una tarjeta?.

4.2.6 Role - playing

Es una técnica que facilita el entrenamiento en habilidades sociales y permite elicitare emociones y pensamientos significativos. Hay que hacer que la simulación sea lo más realista posible. Para hacer este papel de mamá debemos saber varias cosas del personaje que interpretamos. Para conocerlo mejor tenemos que pedirle que nos diga lo que le gusta y las cosas que no le gustan, para no provocar una situación estresante.

4.3 Distribución del tiempo

Se vio conveniente trabajar en sesiones de una hora de duración, una vez por semana; durante cuatro meses y luego realizar sesiones de seguimiento cada quince días para verificar conductas adquiridas no se pierdan.

4.3.1 Explicación del contenido de cada sesión:

Sesión 1: Toma de contacto entre el terapeuta y la niña, y obtención de información sobre las situaciones que le provocan ansiedad.

Sesión 2: Identificación de los distintos tipos de sentimientos.

Sesión 3: Construcción de una jerarquía de las situaciones que generan ansiedad en el niño para diferenciar su reacción de ansiedad de otro tipo de reacciones e identificar sus propias reacciones somáticas.

Sesión 4: Entrenamiento en relajación mediante ejercicios que se utilizan en este método, y colaboración de uno de los padres para revisar los objetivos del tratamiento e intercambiar información sobre la ansiedad del niño.

Sesión 5: Reconocimiento por parte de la niña de las autoinstrucciones en situaciones elicitoras de ansiedad.

Sesión 6: Desarrollo de estrategias de afrontamiento a la ansiedad, desensibilización.

Sesión 7: Ejercicios de autoevaluación y autorrefuerzo.

Sesión 8: Revisión de los conceptos y habilidades aprendidas en las sesiones anteriores.

Sesión 9: Práctica de las habilidades aprendidas en situaciones que no le provocan ansiedad y posteriormente exposición a situaciones que le eliciten ansiedad leve, primero de forma imaginal y después en vivo. Para ello, se utilizan técnicas de modelado y de *role playing*.

Sesiones 10 a 13: Exposición del niño a situaciones reales e imaginativas que le provocan ansiedad elevada, apoyándose en el *role-playing* y en la administración de refuerzo.

Sesiones 14 y 15: Práctica de las habilidades de afrontamiento en situaciones que

provocan mucha ansiedad.

Sesión 16: Revisión de las estrategias aprendidas e invitación para practicar las habilidades de afrontamiento en la vida diaria.

Conclusión: Las técnicas cognitivo-conductuales son las más adecuadas y efectivas en casos como el de la paciente, se demuestra que las técnicas son de fácil aplicación y que el aporte e interés de sus padres es muy importante.

CONCLUSIONES FINALES

- En **conclusión**, se observa la importancia del desarrollo de un apego seguro para el buen desenvolvimiento durante la vida de cada una de las personas. El papel de las figuras de apego, la consciencia del cuidado y responsabilidad que recae sobre cada una de ellas nos recalca la trascendencia de la información acerca de que la atención al infante desde el nivel prenatal influye en la evolución diaria de la persona.
- Se comprueba que más que cantidad de interacción con la madre, lo que importa es la calidad de ella.
- Cada etapa del desarrollo humano tiene funciones propias que provocan un equilibrio o desequilibrio en la persona según sea o no resuelta satisfactoriamente, y para que el niño enfrente de la manera más saludable y positiva dada una de dichas etapas, es fundamental el desarrollo de la seguridad realista acerca de las posibilidades de un enfrentamiento positivo con el ambiente.
- También, se destaca la relación estrecha que se tiene de los estilos de apego con las relaciones interpersonales a desarrollar a lo largo de la vida, tanto desde la elección de amigos como de la pareja amorosa en cuestión, subrayando igual que cada individuo puede variar a través de la experiencia en su reacción característica hacia la vida aunque los primeros años marquen de manera trascendental nuestra confianza hacia el mundo externo e interno.
- La psicoeducación que se le dio a los padres y especial a la madre, ha sido parte de este progreso en la niña, ya que su madre aprendió a establecer reglas, límites y comportamientos adecuados frente a la situación de su hija ayudando de manera positiva a su conducta.

- Creo que parte de mi labor es crear en la madre conciencia a través de la psicoeducación del problema de su hija, para que la niña obtenga beneficios de una disciplina adecuada.
- No sólo es necesario el trabajo de un psicólogo, sino el trabajo en conjunto, de padres, maestros y psicóloga en este caso. Así se logra propiciar el mejor desarrollo de la niña.

BIBLIOGRAFÍA:

- AIZPURU, A. (1994). La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. Psicología Iberoamericana, 2, 1, 37-44
- BIRMAHER B, VILLAR L. Trastornos de ansiedad en los niños y los adolescentes. In: Meneghello J, Grau Martínez A, Psiquiatría y Psicología de la Infancia y Adolescencia. Buenos Aires: Ed.Médica Panamericana, 2000: 323-33.
- Bowlby, J. (1985). La separación afectiva. Ediciones Paidós: Barcelona.
- Bowlby, j. (1998). El apego y la pérdida 2: La separación. Barcelona: Paidós
- Bowlby, j. (1997). La pérdida afectiva: tristeza y depresión. Barcelona: Paidós
- Bowlby, j.(1998). El apego y la pérdida 1: El apego. Barcelona: Paidós
- GABBARD G: Trastornos de Ansiedad. En: Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica, 3ª Ed. Médica Panamericana, 2006.
- OLIVARES, J., MÉNDEZ, F.; “Técnicas de modificación de conducta”; Madrid; pág. 27; 1998.)
- PACURUCU, A.; “Módulo: Psicopatología infanto-juvenil”; Ecuador; 2010.
- Papalia DE, Wendkos S, Duskin R: Psicología del desarrollo, 1ra Edición. McGraw-Hill (Ed), 2001.
- (Http: // www. psicoarea.org, martes 23 de febrero,10: p.m.)
- (www.education.pitt.edu/ocd/publications/.)

ANEXOS

Anexo 1.- HTP

Anexo 2.- Garabatos

Anexo 3.- Test de la familia

Anexo 4.- ECI a su madre

ANEXO 1

HTP

ANEXO 2
GARABATOS

ANEXO 3

TEST DE LA FAMILIA

ANEXO 4
ECI A SU MADRE