

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y  
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Escuela de Psicología Clínica.

“PLAN TERAPÉUTICO MEDIANTE LA  
APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVA  
CONDUCTUAL EN LA ANSIEDAD DE  
SEPARACIÓN CASO 1”

Monografía Previa a la obtención

Del título de Psicólogo Clínico.

AUTORA:

ADRIANA VERÓNICA RODRIGUEZ RODAS.

DIRECTOR:

Mst. XAVIER MUÑOZ ASTUDILLO.

CUENCA – ECUADOR

2010

# INDICE TEMÁTICO

Dedicatoria.....	i
Agradecimiento.....	ii
Abstract español.....	iii
Abstract inglés.....	iv
Introducción.....	v

<b>CAPITULO I.....</b>	<b>1</b>
<b>MARCO TEORICO.....</b>	<b>1</b>
1.1 EL TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN.....	1
1.2 CAUSAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN.....	1
1.2.1 Herencia.....	2
1.2.2 Factores biológicos.....	3
1.2.2.1 Hipótesis GABAérgica.....	3
1.2.2.2 Hipótesis Noradrenérgica.....	4
1.2.2.3 Hipótesis Serotoninérgica.....	4
1.2.3 Factores psicológicos.....	4
1.2.3.1 Teoría psicodinámica.....	4
1.2.3.2 Teorías conductistas.....	5
1.2.3.3 Teorías cognositivistas.....	5
1.2.4 Temperamento.....	6
1.2.5 Apego y regulación de la ansiedad.....	6
1.2.6 El sistema familiar, la ansiedad parental y el estilo de crianza.....	8

1.3 SÍNTOMAS.....	9
1.4 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN.....	12
1.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	13
1.5.1 Rechazo escolar en la fobia escolar.....	13
1.5.2 Trastornos generalizados del desarrollo.....	13
1.5.3 Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos.....	13
1.5.4 Trastorno de ansiedad generalizada.....	14
1.5.5 Trastorno de angustia con agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.....	14
1.5.6 Hacer novillos en el trastorno disocial.....	14
1.5.7 Rechazo escolar en los trastornos del estado de ánimo.....	14
1.5.8 Trastorno negativista desafiante.....	14
1.5.9 Niveles de ansiedad por separación propios de la etapa de desarrollo.....	15
1.6 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	15
1.6.1 Principales conceptos teóricos.....	15
1.6.2 Un sistema cognitivo maduro.....	17
1.6.3 Un sistema cognitivo primitivo.....	17
1.7 APLICACIONES PRÁCTICAS.....	17
1.8 ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO.....	18
1.9 TÉCNICAS DE TRATAMIENTO.....	18
1.10 TÉCNICAS COGNITIVAS.....	19
1.10.1 Detección de pensamientos automáticos.....	19
1.11 CLASIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS.....	20
1.12 BÚSQUEDA DE EVIDENCIA PARA COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.....	24

1.13 CONCRETIZAR LAS HIPÓTESIS.....	25
1.14 REATRIBUCIÓN.....	25
1.15 DESCENTRAMIENTO.....	25
1.16 DESCATASTROFIZACIÓN.....	25
1.17 USO DE IMÁGENES.....	26
1.18 MANEJO DE SUPUESTOS PERSONALES.....	26
1.19 TÉCNICAS CONDUCTUALES.....	26
1.19.1 Programación de Actividades Incompatibles.....	26
1.19.2 Escala de Dominio/Placer.....	26
1.19.3 Asignación de tareas graduadas.....	27
1.19.4 Entrenamiento asertivo.....	27
1.19.5 Entrenamiento en relajación.....	27
1.19.6 Ensayo conductual y rol playing.....	27
1.19.7 Exposición en vivo.....	27
<b>CAPITULO II.....</b>	<b>28</b>
2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
2.2 FICHA CLINICA PSICOLOGICA.....	30
2.2.1 Datos personales.....	30
2.2.2 Motivo de consulta.....	31
2.2.3 Conductas preocupantes.....	31
2.2.4 Anamnesis personal.....	32
2.2.5 Antecedentes familiares.....	39
2.2.6 Actitudes para enseñarle hábitos de conducta general.....	40
2.2.7 Dinámica escolar.....	41

2.2.8	Reactivos psicológicos aplicados.....	42
2.2.9	Diagnostico multiaxial.....	44
2.2.10	Diagnostico.....	44
2.2.11	Recomendaciones.....	45
2.2.12	Conclusiones.....	45
 <b>CAPITULO III.....</b>		<b>46</b>
<b>TRATAMIENTO.....</b>		<b>46</b>
3.1	TECNICAS.....	47
3.2	FARMACOTERAPIA.....	50
 <b>CAPITULO IV.....</b>		<b>52</b>
<b>APLICACIÓN DEL PLAN TERAPEUTICO.....</b>		<b>52</b>
4.1	PRIMER MES.....	52
4.1.1	Objetivo general.....	52
4.1.2	Objetivos específicos.....	52
4.1.3	Técnicas empleadas.....	53
4.2	SEGUNDO MES.....	53
4.2.1	Objetivo general.....	53
4.2.2	Objetivos específicos.....	53
4.2.3	Técnicas empleadas.....	53
4.3	TERCER MES.....	54
4.3.1	Objetivo general.....	54
4.3.2	Objetivos específicos.....	54
4.3.3	Técnicas empleadas.....	54
4.4	CUARTO MES.....	55

4.4.1	Objetivo general.....	55
4.4.2	Objetivos específicos.....	55
4.4.3	Técnicas empleadas.....	55
4.5	QUINTO MES.....	55
4.5.1	Objetivo general.....	55
4.5.2	Objetivos específicos.....	55
4.5.3	Técnicas empleadas.....	56
4.6	SEXTO MES.....	56
4.6.1	Objetivo general.....	56
4.6.2	Objetivos específicos.....	56
4.7	TECNICAS.....	56
4.7.1	Inhibición recíproca.....	56
4.7.2	Relajación.....	58
4.7.2.1	La tarta de cumpleaños.....	59
4.7.2.2	Cómo respira la hormiga y el león.....	59
4.7.2.3	Mi corazón hace bum-bum.....	60
4.7.3	RELAJACION MUSCULAR.....	60
4.7.3.1	Contracción-distensión.....	60
4.7.3.2	Balaceo.....	60
4.7.3.3	Estiramiento-relajación.....	61
4.7.3.4	Caída.....	61
4.7.4	AUTOINSTRUCCIONES POSITIVAS.....	61
4.7.4.1	Procedimiento Aprendizaje de Autoinstrucciones.....	61
4.7.5	Tratamiento encopresis- enuresis.....	63
	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>64</b>
	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>66</b>

## **DEDICATORIA**

A mi amado esposo e hijas, razón fundamental de mi vida por su apoyo, comprensión y paciencia que ayudaron a la culminación de este proyecto.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi director de tesis el Psicólogo Xavier Muñoz Astudillo por su apoyo y orientación en el desarrollo y culminación de esta investigación.

A mis ángeles en este mundo René Rodríguez, Piedad Rodas, María Fernanda Rodríguez, Marielena Figueroa, y a mi amada familia, por su incondicional y desinteresada ayuda en toda esta etapa de mi vida y siempre.



## **ABSTRACT**

Esta investigación propone el diseño de un Plan Terapéutico, basado en la Terapia Cognitiva Conductual para tratar la ansiedad en un niño de seis años de edad, misma que plantea en su primera fase manejar y modificar el comportamiento en cuanto a los síntomas que presenta, así como desarrollar nuevas habilidades cognitivas-conductuales y en una segunda fase se trabajará con las situaciones del medio que mantienen o generan la conducta, que hacen que el niño sea vulnerable a la ansiedad y a la recaída, pretendiendo mejorar de esta forma su desarrollo y funcionamiento general.

## ABSTRACT

This investigation proposes a design for a Therapy Plan based on Cognitive Behavioral Therapy to treat anxiety in a six-year-old boy. In the first phase it plans to manage and modify behavior in relation to the symptoms that present; in this way developing new cognitive-behavioral abilities. The second phase will work with the environmental situations that foster or generate the behavior and make the child vulnerable to anxiety and relapse. In this way, it aims improve his general development and performance.



# INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un sistema de alerta y activación ante situaciones consideradas amenazantes. Es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a circunstancias amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

Sin embargo, cuando sobrepasa determinados límites, la ansiedad se convierte en un problema de salud, impide el bienestar, e interfiere notablemente en las actividades sociales, laborales, o intelectuales. Puede limitar la libertad de movimientos y opciones personales. En estos casos no estamos ante un simple problema de "nervios", sino ante una alteración. Existen varios tipos de trastornos por ansiedad cada uno con sus características propias.

Como se mencionó todas las personas experimentan algún grado de ansiedad. Es una parte normal del crecimiento. Sin embargo, cuando la preocupación y los temores ante la separación del hogar o la familia no son apropiados para la edad o son excesivos, puede tratarse de un trastorno de ansiedad de separación. El presente trabajo buscará a través de una reflexión y marco teórico presentar los postulados de la ansiedad de separación sus causas, consecuencias, su posible prevención y el tratamiento de un caso específico con un niño de 6 años que presenta los síntomas para el trastorno, y que plantea

profundizar y exponer una solución para dicho problema mediante la aplicación de un plan terapéutico.

# **CAPITULO I**

## **MARCO TEORICO**

### **1.1 EL TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN**

El Trastorno de Ansiedad de Separación es la preocupación o el temor excesivo de ser separado de familiares o personas significativas con las cuales el niño convive o tiene una relación afectiva muy estrecha. “Existen una serie de factores de vulnerabilidad que al interaccionar con acontecimientos estresantes y con factores de aprendizaje, producen el trastorno”. Los acontecimientos que pueden desencadenar el trastorno son la muerte temprana de un progenitor, divorcio de los padres que conlleve cambios importantes en la vida del niño, hospitalizaciones en edades tempranas, o cambios de vivienda.  
(info@clinicadeansiedad.com)

Los niños con trastorno de ansiedad de separación temen perderse de su familia o que algo malo le ocurra a un miembro de la familia si se separa de ellos. Los síntomas de ansiedad o temor deben durar por lo menos un mes para ser considerados un trastorno de ansiedad de separación.

### **1.2 CAUSAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN**

Se cree hay factores biológicos, familiares, temperamentales y ambientales que contribuyen a la causa de los trastornos de ansiedad.

### **1.2.1 HERENCIA:**

El trastorno de ansiedad más estudiado es probablemente el trastorno de pánico. Se estima que la aportación de la genética a la ocurrencia del trastorno se sitúa alrededor del 40%. Los estudios sugieren que los trastornos de pánico podrían compartir factores genéticos con otros problemas de ansiedad, como las fobias, la inhibición del comportamiento o la ansiedad por separación.

En síntesis, los resultados sugieren que las contribuciones de los genes del individuo son apreciables, siendo probable que un mismo gen esté implicado en la aparición de diferentes trastornos de ansiedad, un desequilibrio entre dos transmisores químicos del cerebro (norepinefrina y serotonina) muy probablemente contribuya a la causa de los trastornos de ansiedad. Contrariamente a lo que se suponía, no se han identificado genes concretos que de forma específica estén implicados en un tipo u otro de problemas de ansiedad. En su lugar, parece más factible considerar que un conjunto de genes influya de forma inespecífica en los trastornos de ansiedad, actuando fundamentalmente como factores predisposicionales o de vulnerabilidad, factores que no "obligan" o determinan que una persona llegue a sufrir un trastorno de ansiedad, pero que hacen más probable que éste se desarrolle si concurren otros factores capaces de activarlo.

Téngase en cuenta, por otro lado, que la transmisión de rasgos o información de padres a hijos no se produce solo por vía genética, sino también a través del aprendizaje, cuyos componentes son también muy importantes en el origen y mantenimiento de los trastornos de ansiedad.

## **1.2.2 FACTORES BIOLÓGICOS**

Todo trastorno ansioso puede suponer la activación de la angustia con sus componentes somáticos, psíquicos y conductuales, mediados por la respuesta al estrés. El estrés es la respuesta del organismo a estímulos procesados como peligrosos, activándose el sistema simpático, liberando cortisol la glándula adrenal. La amígdala cerebral, como mediador de la actividad autonómica, se ha asociado al apego humano inseguro. En el sistema neuroquímico responsable de la angustia, están involucrados al menos 4 sistemas de neurotransmisores: el serotoninérgico, gabaérgico, dopaminérgico y noradrenérgico. Algunos estudios han relacionado la desregulación en el sistema noradrenérgico al desarrollo de ansiedad excesiva. Un funcionamiento alterado del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal ha sido relacionado con altos niveles de ansiedad en niños y adolescentes, y síntomas de ansiedad por separación podrían predecir un nivel de concentración elevada de cortisol.

### **1.2.2.1 Hipótesis GABAérgica**

El GABA es un neurotransmisor de carácter inhibitorio. Posee un receptor en la membrana neuronal asociado a los canales de cloro, de modo que al unirse el GABA junto al receptor ingresan los iones cloro produciendo así una despolarización y por tanto se inhibe la neurona. Se dice que hay una sustancia endógena que actúa como ansiógena en los enfermos, o bien la posible alteración en la configuración o funcionamiento del receptor del GABA, este último se ve apoyado por hechos que como un antagonista benzodiazepínico (flumacénil) es capaz de provocar frecuentes y graves

crisis de angustia en pacientes que sufren algún trastorno de pánico pero no en controles sanos.

### **1.2.2.2 Hipótesis Noradrenérgica**

Estudios realizados en humanos ponen de manifiesto que en pacientes con trastornos de pánico, los agonistas  $\beta$ -adrenérgicos y los antagonistas  $\alpha_2$  adrenérgicos (yohimbina) pueden provocar crisis de angustia frecuentes y graves. La actividad noradrenérgica está aumentada durante los trastornos de ansiedad en algunas situaciones experimentales y terapéuticas.

### **1.2.2.3 Hipótesis Serotoninérgica**

Algunos estudios demuestran que la administración experimental en humanos de agonistas serotoninérgicos tanto de tipo directo (m-clorofenilpiperacina) como indirectos (fenfluramina) puede provocar ansiedad en pacientes afectados de trastornos de este tipo. El interés de esto es que los antidepresivos serotoninérgicos tenían efectos terapéuticos en algunos trastornos de la ansiedad. ([www.trastans/trastans.shtml](http://www.trastans/trastans.shtml))

## **1.2.3 FACTORES PSICOLÓGICOS**

### **1.2.3.1 TEORÍA PSICODINÁMICA:**

El creador es Freud. Dijo que la angustia es más un proceso biológico (fisiológico) insatisfecho (respuesta del organismo ante la sobreexcitación derivada del impulso sexual [líbido] para posteriormente llegar a otra interpretación en donde la angustia sería



la señal peligrosa en situaciones de alarma. Según esta teoría la ansiedad se conecta al superyó (las normas, la conciencia de lo correcto) y se manifiesta como un sentimiento de preocupación, de culpa o pena de no poder cumplir con un ideal interno de comportamiento moral. En los estadios tempranos del desarrollo infantil, la ansiedad se asocia al temor de perder el afecto o la aprobación de los progenitores. Una fuente de angustia crucial en el desarrollo temprano, es experimentar la posibilidad de perder no sólo el afecto del objeto amado (el cariño de la madre) sino perder el objeto amado en sí mismo (perder a la madre). Este estado emocional se expresa como ansiedad de separación.

### **1.2.3.2 TEORÍAS CONDUCTISTAS**

El conductismo se basa en que todas las conductas son aprendidas y en algún momento de la vida se asocian a estímulos favorables o desfavorables adoptando así una connotación que va a mantenerse posteriormente. Según esta teoría la ansiedad es el resultado de un proceso condicionado de modo que los sujetos que la padecen han aprendido erróneamente a asociar estímulos en un principio neutros, con acontecimientos vividos como traumáticos y por tanto amenazantes, de manera que cada vez que se produce contacto con dichos estímulos se desencadena la angustia asociada a la amenaza. La teoría del aprendizaje social dice que se puede desarrollar ansiedad no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas al entorno.

### **1.2.3.3 TEORÍAS COGNOSITIVISTAS**

Considera la ansiedad como resultado de "cogniciones" patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados. (Ellis 1962). Por ejemplo cualquiera de nosotros podemos tener una sensación física molesta en un momento determinado, si bien la mayoría de nosotros no concedemos ningún significado a esta experiencia. No obstante existen personas que interpretan ello como una señal de alarma y una amenaza para su salud física o psíquica lo cual provoca una respuesta neurofisiológica desencadenando así la ansiedad.

#### **1.2.4 TEMPERAMENTO**

Se ha observado que los niños inhibidos y temerosos presentan un sistema autonómico con el tono simpático aumentado por lo que tendrían un mayor riesgo de desarrollar patología ansiosa, y un mayor riesgo de presentar trastornos ansiosos no sólo en la infancia sino que también en la adolescencia. Se cree que el temperamento y el comportamiento inhibido, tienen una importante base genética. Estudios evidencian que tanto las influencias genéticas como ambientales son importantes en el surgimiento del trastorno de ansiedad por separación. La influencia genética es mayor en las niñas que en niños y a mayor edad de estos; por lo tanto, la influencia ambiental en el desarrollo de los cuadros ansiosos sería mayor a menor edad del niño y más importante en los varones.

#### **1.2.5 APEGO Y REGULACIÓN DE LA ANSIEDAD**

La seguridad emocional es el principal objetivo del apego o vínculo afectivo. El apego es toda conducta por la cual un individuo mantiene o busca proximidad con otra persona considerada más fuerte y segura. La conducta de apego permite utilizar al cuidador

principal como base segura, desde la cual se explora lo desconocido. Desde la perspectiva de la teoría del apego, el ser humano no nace con la capacidad de regular sólo sus reacciones emocionales, sino que necesita un sistema regulador que es el vínculo. El apego seguro se caracteriza por adecuada manifestación de la ansiedad frente a la separación y adecuado re-aseguramiento al volver a encontrarse con la madre o figura vinculada. El apego ansioso/evitativo demuestra distanciamiento emocional durante la separación y desinterés en el reencuentro con la madre. En el apego ansioso/resistente el niño muestra ansiedad a la separación pero no se tranquiliza al reunirse con su madre, es perturbado por la separación y tienen dificultad en reponerse. La organización vincular segura guarda relación con la sensibilidad y sintonía de la madre a las señales del niño, mientras que la insegura se relaciona con excesiva ansiedad o inseguridad materna. Los niños con vínculo inseguro tienen mayor probabilidad de sufrir trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia al compararlos con niños con vínculos seguros. La situación de separación o desapego transitorio en una diada vinculada de manera insegura, es vivida en la relación madre-hijo con gran tensión, con repercusión en lo emocional y en lo cognitivo. Desde la perspectiva de la teoría del vínculo, se debe considerar que tanto el niño como la madre pueden ser agentes sintomáticos, es decir "responsables" de la manifestación del cuadro clínico. Desde este punto de vista es necesario ante una angustia excesiva en el niño, evaluar el funcionamiento de la relación diádica madre-hijo. El TAS puede considerarse como un estado de dependencia mutua excesiva entre la madre y su hijo y no sólo como un trastorno individual del niño. Esto significa que la intervención o indicaciones que daremos si bien van orientadas al niño, deben siempre tomar en cuenta la reacción de la madre ya que de esta reacción puede depender el éxito de una

prescripción. Una madre temerosa o insegura puede ser resistente a los cambios y a las indicaciones, especialmente al uso de fármacos.

### **1.2.6 EL SISTEMA FAMILIAR, LA ANSIEDAD PARENTAL Y EL ESTILO DE CRIANZA**

Las familias de tipo aglutinada pueden ser fuente de excesiva ansiedad por separación, ya que en ellas se altera el desarrollo de la autonomía emocional por la existencia de vínculos demasiados estrechos que entorpecen la diferenciación emocional. En estas familias los padres se caracterizan por un estilo ansioso y sobreprotector y el grupo familiar tienden a la evitación del conflicto, por lo tanto, la ansiedad tiende a expresarse como somatizaciones. Se ha observado que los hijos de padres que presentan trastornos de ansiedad tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos ansiosos. El TAS es más común en niños cuyos padres tienen antecedentes de trastornos de ansiedad o trastorno depresivos. El estilo de crianza ansioso y el control parental están relacionados significativamente a TAS en niños escolares. El control excesivo y la sobreprotección de los padres pueden significar en el niño que éste crea que el mundo sea ante todo un lugar peligroso. Este temor injustificado interfiere las capacidades del niño.

Respecto a los **factores de vulnerabilidad**, destacarían:

- Estilo educativo sobreprotector de los padres, impidiendo que el niño/a desarrolle su propia autonomía.
- Familias cerradas en sí mismas, habiendo pocas ocasiones para que el niño se separe de las figuras significativas y desarrolle su propia autonomía.
- Predisposición heredada: en concreto la característica que más predispone al trastorno es la inhibición conductual ya que supone una mayor reactividad psicofisiológica (más tendencia al rubor, a la taquicardia, a la sudoración, etc. Y más tiempo para disminuir estos síntomas).
- Relación insegura con los cuidadores.
- Problemas psicológicos en los padres, sobre todo depresión mayor y trastorno de pánico.
- Características cognitivas: preocupaciones excesivas y no realistas vistas como incontrolables, interpretación del mundo como negativo y amenazante, atención excesiva a las propias reacciones y pensamientos limitando las posibilidades de acción y aumentando las atribuciones a uno mismo de los fracasos.

Si el niño/a no se expone a las situaciones de separación, el trastorno se puede mantener e incluso empeorar. Otros factores de mantenimiento son la persistencia de alguno de los factores anteriores o el reforzamiento de la conducta del niño/a y la obtención de beneficios primarios o secundarios por ello. (Bailly, D. "Angustia de separación". Barcelona. Editorial Masson. . (1997)

### **1.3 SÍNTOMAS**

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/ o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Algunos de ellos sólo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad. En casos de ansiedad normal se experimentan pocos síntomas, normalmente de poca intensidad, poca duración, y son poco incapacitantes. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Sin embargo, algunas personas que han sufrido trastornos por ansiedad, sobre todo si han sido muy severos o incapacitantes, están tan sensibilizadas que tienen después dificultades para tolerar la ansiedad normal, e incluso distinguirla de la patológica.

- Si la ansiedad pasa de ser un episodio poco frecuente, de intensidad leve o media y duración limitada, a convertirse en episodios repetitivos, de intensidad alta y duración prolongada.
- Si la ansiedad deja de ser una respuesta esperable y común a la de otras personas para unos tipos de situación, y pasa a ser una reacción desproporcionada para la situación en la que aparece.
- Si la ansiedad conlleva un grado de sufrimiento alto y duradero, en lugar de limitado y transitorio, e interfiere significativamente en diferentes áreas de la vida de la persona que la padece, causando molestias generalizadas que afectan a

los hábitos básicos de la persona: ritmos de sueño, alimentación y nivel general de activación.

El miedo a la separación es el primero y más básico de los miedos. Incluso se da en otras especies. Tiene un claro sentido adaptativo ya que el tener a los cuidadores cerca se incrementan las probabilidades de supervivencia, hasta que el sujeto desarrolle las habilidades y la confianza necesarias para que hacer frente a los estímulos que le atemorizan. Entonces, una vez el sujeto gana en independencia, el miedo se va centrando en situaciones más específicas (p. ej. oscuridad o animales). Pero si este miedo se mantiene, y es desproporcionado en relación al nivel de desarrollo del sujeto, conllevando problemas en áreas importantes de la vida de éste, deja de ser útil y puede llegar a convertirse en el trastorno de ansiedad por separación.

Como la ansiedad por separación es uno de los primeros miedos en aparecer, si no se supera, aumenta la probabilidad de que se den posteriores trastornos de ansiedad en la edad adulta como la agorafobia o el trastorno de pánico. También es frecuente encontrar problemas académicos por el elevado absentismo escolar que puede haber en las personas que padecen este trastorno. Es importante destacar que este trastorno puede darse conjuntamente con la fobia escolar aunque son dos trastornos con características distintivas.

A continuación se enumeran los síntomas más comunes del TAS. Sin embargo, cada niño puede experimentarlos de una forma diferente. Los síntomas pueden incluir:

- Rechazo a dormir solo.

- Pesadillas reiteradas sobre la separación.
- Preocupación excesiva ante la separación o al anticipar la separación del hogar o la familia.
- Preocupación excesiva sobre la seguridad de un miembro de la familia.
- Preocupación excesiva sobre perderse de la familia.
- Negarse a ir a la escuela.
- Temor y reticencia a quedarse solo.
- Dolores de estómago, de cabeza u otras molestias físicas frecuentes.
- Dolores musculares o tensión.
- Preocupación excesiva sobre su propia seguridad.
- Preocupación excesiva ante la idea de dormir lejos del hogar o al hacerlo.
- "Pegoteo" excesivo incluso en el hogar.
- Síntomas de pánico o rabietas al separarse de padres o personas a cargo.

## **1.4 CRITERIOS DEL DSM-IV PARA EL DIAGNÓSTICO**

### **TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN**

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

- 1** Excesivo malestar repetido cuando hay o anticipa una separación respecto el hogar o figuras importantes (padres, cuidadores...).



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

El trastorno ha de durar al menos un mes, y debe iniciarse antes de los 18 años. Provoca en la persona un malestar significativo y causa deterioro en áreas importantes de la vida del niño, como es el colegio, el trabajo o las relaciones sociales. ( DSM-IV: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona. Ed. Masson. (1997)

## **1.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

El diagnóstico diferencial sirve para hacer una correcta valoración de una enfermedad con respecto a otras parecidas, con las que pudiera confundirse o solaparse.

El Trastorno de ansiedad por separación o alguno de sus síntomas característicos puede

ser confundido con otros trastornos o con ciertos comportamientos no patológicos. Por ello es importante hacer el diagnóstico diferencial con:

**1.5.1 RECHAZO ESCOLAR EN LA FOBIA ESCOLAR:** se debe al miedo a hacer el ridículo ante los demás, o a condiciones aversivas del medio, más que al temor por separarse de las figuras significativas.

**1.5.2 TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO:** también puede haber ansiedad por separación, pero además hay una alteración de las relaciones sociales, incluidas las familiares. Sería, por ejemplo, el caso del autismo.

**1.5.3 ESQUIZOFRENIA U OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS:** suelen iniciarse a una edad más tardía y tienen una serie de síntomas característicos (alucinaciones, delirios, aplanamiento afectivo) que son la causa principal del malestar. No obstante, en el trastorno de ansiedad por separación puede haber ciertas experiencias perceptivas inusuales, aunque se basan en un estímulo real, sólo suceden en situaciones determinadas y son reversibles, lo que las diferencia de las alucinaciones.

**1.5.4 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA:** la ansiedad no se limita a las situaciones que implican separación de las figuras importantes. Dándose también ansiedad por el rendimiento académico o deportivo, por el cumplimiento de obligaciones o por las consecuencias de actos pasados.

**1.5.5 TRASTORNO DE ANGUSTIA CON AGORAFOBIA O AGORAFOBIA SIN HISTORIA DE TRASTORNO DE ANGUSTIA:** se inician a una edad más tardía

y lo que se teme son las situaciones en que se puede padecer un ataque de pánico inesperado o alguno de sus síntomas. Si bien en el trastorno de ansiedad por separación la amenaza de la separación puede elevar la ansiedad hasta producirse un ataque de pánico.

**1.5.6 HACER NOVILLOS EN EL TRASTORNO DISOCIAL:** el absentismo escolar no se debe a la separación de las figuras significativas, más bien es causado por el propósito de romper las normas. Además el niño/a suele permanecer, durante este período, fuera de casa.

**1.5.7 RECHAZO ESCOLAR EN LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO:** debido a la pérdida de ganas, al cansancio o la preocupación por llorar en público. En el trastorno de ansiedad por separación es posible que aparezcan síntomas depresivos (tristeza, desgana, apatía) mientras están separados o al anticipar la separación.

**1.5.8 TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE:** en el trastorno de ansiedad por separación puede haber una conducta oposicionista para lograr que no se produzca la separación. En el trastorno Negativista desafiante, esta conducta de oposición no se limita a las situaciones en que se va a producir la separación respecto de figuras significativas para el niño/a.

**1.5.9 NIVELES DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN PROPIOS DE LA ETAPA DE DESARROLLO:** hay miedo a la separación pero es normal para la edad en que se encuentra el niño, por lo que este miedo no sería clínicamente significativo.

([http://www.clinicadeansiedad.com/02/122/Ansiedad\\_por\\_separación:\\_Diagnóstico\\_Diferencial\\_.htm](http://www.clinicadeansiedad.com/02/122/Ansiedad_por_separación:_Diagnóstico_Diferencial_.htm)).

(First, Francis, Pincus H.A “DSM-IV: Manual de diagnóstico diferencial”. Barcelona. Ed. Masson . (1999).

## **1.6 TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

### **1.6.1 PRINCIPALES CONCEPTOS TEÓRICOS**

La Terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964). Por lo tanto la forma en que se sienten las personas está asociada a la forma en que interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación.” (Beck, J., 1995, Cognitive Therapy: Basics and Beyond, p.14).

“La Psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismos, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan.”. (Dattilio & Padesky, 1990, Cognitive Therapy with Couples, p.6)

Las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos básicos:

- 1 Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su "realidad".
- 2 La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
- 3 Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
- 4 La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de ESQUEMA COGNITIVO y en el ámbito clínico el de SUPUESTOS PERSONALES (Beck, 1979).

Los esquemas cognitivos se definen como construcciones subjetivas de la experiencia personal en forma de significados o supuestos personales que guían nuestra conducta y emociones de manera "inconsciente".

La forma de pensar con la que se enfoca y experimenta la vida por cada persona. En el lenguaje popular: "la manera en que nos tomamos las cosas". En el lenguaje psicológico: "la organización de nuestra experiencia en forma de significados personales, que guía nuestra conducta, emociones deseos y metas personales".

Estos esquemas cognitivos están, en cierto modo, localizados en nuestro cerebro en los circuitos neuronales de la memoria, son el resultado del desarrollo biológico y las experiencias de aprendizaje de cada persona y están constituidos por los significados que tiene cada persona respecto del mundo y de si mismo Equivalen también a las Creencias según la concepción de A. Ellis (1989 y 1990). Con todos estos términos

equivalentes nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos, o no, ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer "inactivos a lo largo del tiempo" y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

**1.6.2 UN SISTEMA COGNITIVO MADURO** Es el proceso de información real. Contiene los procesos que podemos denominar racionales y de resolución de problemas a base de constatación de hipótesis o verificación.

**1.6.3 UN SISTEMA COGNITIVO PRIMITIVO** Hace referencia a lo anteriormente expuesto pero visto desde supuestos personales. Esta organización cognitiva sería la predominante en los trastornos psicopatológicos...

## **1.7 APLICACIONES PRÁCTICAS**

La terapia cognitiva es así un proceso de resolución de problemas basado en una experiencia de aprendizaje. El paciente, con la ayuda y colaboración del terapeuta, aprende a descubrir y modificar las distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales. La meta inmediata, consiste en modificar la predisposición del pensamiento a producir

ciertas ideas o pensamientos (distorsiones cognitivas). La meta final, denominada "terapia a largo plazo" consiste en modificar los supuestos cognitivos futuros que harían vulnerable al sujeto.

## **1.8 ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO:**

Una vez conceptualizados los problemas del paciente se genera un plan de tratamiento con el fin de modificar las distorsiones cognitivas y los supuestos personales.

Para ello el terapeuta se vale tanto de técnicas cognitivas como conductuales. Estas técnicas son presentadas en las sesiones, se pide feedback de su entendimiento, se ensayan en consulta y se asignan como tarea para casa a un área problema seleccionado.

## **1.9 TÉCNICAS DE TRATAMIENTO:**

La finalidad de las técnicas cognitivo-conductuales es proporcionar un medio de nuevas experiencias correctoras que modifiquen las distorsiones cognitivas y supuestos personales.

Así como facilitar la exploración y detección de los pensamientos automáticos y supuestos personales. Una vez detectados comprobar su validez. La finalidad de las técnicas conductuales por otro lado es proporcionar experiencias reales y directas para comprobar hipótesis cognitivas y desarrollar las nuevas habilidades.

## **1.10 TÉCNICAS COGNITIVAS:**

**1.10.1 DETECCIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS:** Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma *verbal* (“lo que me estoy diciendo a mí mismo”) y/o *visual* (imágenes). Los pensamientos automáticos surgen de las **creencias**. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como *verdades absolutas*. Las creencias más centrales o **creencias nucleares** son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de *sí mismos*, de las *otras personas* y de su *mundo*. Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas **creencias intermedias**, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos). Las **creencias intermedias** están constituidas por: *reglas (normas)*, *actitudes* y *supuestos*. Los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos. Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) donde el sujeto ha experimentado un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento. También, a veces se pueden representar escenas pasadas mediante rol-playing, o discutir las expectativas terapéuticas para detectar los pensamientos automáticos.



La forma habitual de recoger estos datos es mediante la utilización de autorregistros como tarea entre sesiones.

## **1.11 CLASIFICACIÓN DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS**

Las distorsiones cognitivas son esquemas equivocados de interpretar los hechos que generan múltiples consecuencias negativas: alteraciones emocionales como consecuencia de la perjudicial creencia en los pensamientos negativos, conflictos en las relaciones con los demás donde es posible que las interpretaciones erróneas generen conflictos, o en la manera de ver la vida dando lugar a una visión simplista y negativa. A veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en su tipo de problema y como detectarlos y hacerle frente. Entre las distorsiones cognitivas más frecuentes podemos anotar: (Beck, A., 1976, Terapia Cognitiva y los Desórdenes Emocionales) (Dattilio & Padesky, 1990, Terapia Cognitiva con Parejas) (Beck, J., 1995, Cognitive Therapy: Basics and Beyond):

### **1. FILTRAJE/ABSTRACCIÓN SELECTIVA ("No lo soporto", "Horroroso")**

A.- ¿Qué ha ocurrido otras veces? ¿Realmente fue tan malo?

B.- ¿Se puede hacer algo si volviera a ocurrir?

### **2. POLARIZACIÓN ("Bueno-Malo", "Blanco-Negro")**

A- ¿Entre esos dos extremos, podrían existir puntos intermedios?

B- ¿Hasta qué punto o porcentaje eso es así?

C- ¿Con qué criterios o reglas está midiendo esto?

**3. SOBREGENERALIZACIÓN** ("Todo, ninguno, siempre, nunca...")

A- ¿Cuántas veces ha sucedido eso realmente?

B- ¿Qué pruebas tiene para sacar esas conclusiones?

C- ¿Donde está la prueba de que las cosas sean siempre así?

**4. INFERENCIA ARBITRARIA O INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO**

("Me parece...")

A- ¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

B- ¿Podríamos comprobar si eso es cierto?

**5. VISIÓN CATASTRÓFICA** ("¿Y si ocurriera...?")

A- Otras veces lo ha pensado, ¿y qué ocurrió en realidad?

B- ¿Qué posibilidades hay de que ocurra?

**6. PERSONALIZACIÓN** ("Se refieren a mí", "Compararse con otros")

A- ¿Qué consecuencias tiene compararse cuando sale perdiendo?

¿Le ayuda en algo?

B- ¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

C- ¿Qué criterios está usando? ¿Es razonable?

D- ¿Podríamos comprobar si eso es así?

**7. FALACIA DE CONTROL** ("No puedo hacer nada con esto", "Toda la responsabilidad es mía")

A- ¿Qué pruebas tiene para pensar eso?

B- ¿Pueden haber otros factores que hayan influido en eso?

**8. FALACIA DE JUSTICIA** ("Él/Ella es injusto/a")

A- ¿Qué pruebas tiene para mantener ese criterio?

B- ¿Tiene derecho esa persona a tener un punto de vista diferente al suyo?

C- ¿En realidad usted no está tan solo deseando que las cosas sean de otra manera?

**9. FALACIA DE CAMBIO** ("Si esa persona o situación cambiara, entonces yo entonces podría...")

A- ¿Qué pruebas tiene para mantener que el cambio dependa de eso?

B- Aunque eso no cambiase, ¿se podría hacer algo?

**10. RAZONAMIENTO EMOCIONAL** ("Si me siento mal eso quiere decir que soy un neurótico")

A- ¿Qué pensó para sentirse así? ¿Pudo sentirse así a consecuencia de esa interpretación errónea?

B- ¿Sentirse así de qué modo prueba de que usted sea un X?

### **11. ETIQUETACIÓN** ("Soy/Es un X, y tan solo un X")

A- ¿Esa calificación prueba totalmente lo que es Ud. o esa persona?

B- ¿Está utilizando esa etiqueta para calificar una conducta? ¿Una conducta describe totalmente a una persona?

C- ¿Pueden haber otros aspectos o conductas de esa persona que no puedan ser calificados con esa etiqueta?

### **12. CULPABILIDAD** ("Por mi culpa", "Por su culpa")

A- ¿Qué pruebas tiene?

B- ¿Pudieron haber otros factores que intervinieran en ese suceso?

C- Sentirse y creerse culpable, ¿qué cambia de ese asunto?

### **13. DEBERÍAS** ("Yo debo, no debo, Él/Ellos deben...")

A- ¿Qué pruebas tiene para mantener que eso tenga que ser así necesariamente?

B- ¿Realmente es tan grave que eso no sea como debe? ¿Podíamos comprobarlo?

C- ¿Está usted quizás confundiendo sus deseos con sus exigencias? Esa exigencia, ¿cómo le está perjudicando?

#### **14. FALACIA DE RAZÓN ("Tengo la razón y no me la dan")**

A- Dígame, para Ud. ¿qué es tener la razón? ¿Y ese criterio es razonable?

B- ¿Puede tener el otro punto de vista diferente? ¿Los está escuchando?

#### **15. FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA ("Aunque ahora sufra, el día de mañana todo se solucionará y yo tendré mi recompensa")**

A- ¿Qué pruebas tiene para pensar que la situación no pueda ser modificada ya?  
¿Qué podría hacer ya?

B- ¿Pensar eso puede ser de ayuda o tan solo un consuelo pasajero?

### **1.12 BÚSQUEDA DE EVIDENCIA PARA COMPROBAR LA VALIDEZ DE LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS**

Puede hacerse de diferentes maneras:

- A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.
- Diseñando un experimento para comprobar una determinada hipótesis: el paciente predice un resultado y se comprueba.

- Utilizar evidencias contradictorias provenientes del terapeuta u otros significativos para hipótesis similares a las del paciente.
- Uso de preguntas para descubrir errores lógicos en las interpretaciones del paciente. Para comprobar los supuestos personales se usan métodos similares.

### **1.13 CONCRETIZAR LAS HIPÓTESIS**

Las formulaciones vagas del paciente sobre sus cogniciones deben de ser operacionalizadas lo más claramente posible. Para ello se le pregunta al paciente que refiera características o ejemplos de sus formulaciones vagas e inespecíficas.

### **1.14 REATRIBUCIÓN**

El paciente puede hacerse responsable de sucesos sin evidencia suficiente, cayendo por lo común en la culpa. Revisando los posibles factores que pueden haber influido en la situación de las que se creen exclusivamente responsables, se buscan otros factores que pudieron contribuir a ese suceso.

### **1.15 DESCENTRAMIENTO**

El paciente se puede creer el centro de la atención de otros, sintiéndose avergonzado o suspicaz. Mediante recogida de información proveniente de otros (a modo de encuesta) puede comprobar esa hipótesis.

### **1.16 DESCATASTROFIZACIÓN**

El paciente puede anticipar eventos temidos sin base real y producirle esto ansiedad. El terapeuta puede realizar preguntas sobre la extensión y duración de las consecuencias predichas así como posibilidades de afrontamiento si sucedieran, ampliando así la visión del paciente.

### **1.17 USO DE IMÁGENES**

El terapeuta puede usar las imágenes para que el paciente modifique sus cogniciones o desarrolle nuevas habilidades. Por ejemplo pueden ser utilizadas imágenes donde el paciente se ve afrontando determinadas situaciones, instruyéndose con cogniciones más realistas.

### **1.18 MANEJO DE SUPUESTOS PERSONALES:**

1. Uso de preguntas:
  - Preguntar si lo expuesto le parece razonable, productivo o de ayuda.
  - Preguntar por la evidencia para mantenerla.
2. Listar las ventajas e inconvenientes de mantener ese pensamiento.

(J.A. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1, pp. 137-169). Madrid: Siglo XXI.)

### **1.19 TÉCNICAS CONDUCTUALES**

**1.19.1 Programación de Actividades Incompatibles:** Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema (actividad gimnástica en lugar de dormir)

**1.19.2 Escala de Dominio/Placer:** El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y vá anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona (utilizando escalas de 0-5). Esta información es utilizada para recoger evidencias de dominio o para reprogramar actividades que proporcionan más dominio o placer.

**1.19.3 Asignación de tareas graduadas:** Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.

**1.19.4 Entrenamiento asertivo:** Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.

**1.19.5 Entrenamiento en relajación:** Se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular.

**1.19.6 Ensayo conductual y rol playing:** Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.



**1.19.7 Exposición en vivo:** El paciente se enfrenta de modo más o menos gradual a las situaciones temidas sin evitarlas, hasta que desconfirma sus expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas. (Cruzado y M. Muñoz (Eds.), Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta (pp. 422-456). Madrid: Pirámide.)

## **CAPITULO II**

### **2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

NN es un niño de 6 años de edad, es hijo único de un hogar de clase media baja, su padre trabaja en la construcción y su madre es empleada privada.

NN fue un niño muy esperado al momento de nacer debido a que sus padres habían perdido a un primer hijo antes de él, a los pocos días de nacido.

De un embarazo a término (38 semanas) y sin ninguna anomalía durante el mismo, nace por parto normal, con la referencia que al momento de nacer debido a la manipulación

del equipo médico sufre un golpe contra la pelvis de su madre en la cabeza, que los padres refieren no se consideró preocupante en ese momento.

El niño tomó exclusivamente leche materna hasta los 18 meses, su desarrollo psicomotor fue normal, caminó al año un mes, en relación al lenguaje sus primeras palabras al año tres meses y el lenguaje completo a los tres. El control de esfínteres fue a los dos años dos meses y sin mayor dificultad.

El comportamiento del niño empieza a variar hace unos tres meses aproximadamente, lo que coincide con la muerte de la bisabuela materna, persona con la que vivió, e hizo las veces de cuidadora y con la que mantenía una relación afectiva muy estrecha, el niño tiene un comportamiento muy agresivo con todos los familiares, niega abiertamente aceptar el hecho de la muerte y empieza a tener problemas con el sueño razón por la que sus padres deciden hacer que duerma con ellos, se presentan constantemente pesadillas, NN tiene miedos excesivos a la oscuridad, a los payasos a los borrachos y especialmente a quedarse solo, todo esto coincidió con que su madre tuvo que realizar un viaje al exterior por 15 días por motivos laborales a una semana de la muerte de la bisabuela situación que solo empeoró los síntomas y el comportamiento del niño.

NN muestra una negativa completa por asistir a la escuela convirtiéndose esto en el motivo de preocupación de los padres y razón de la consulta, el niño tiene rabietas todos los días para levantarse, se niega a vestirse a tomar el desayuno creando inclusive un mecanismo físico de vomitar si come algo en la mañana, llora, golpea a sus padres e inclusive inventa enfermedades y dolencias de todo tipo para evitar ser llevado a la escuela. Una vez allá no quiere separarse de la madre y cuando con descuidos logran dejarlo y el niño se percata de ello, se niega a realizar las tareas, sale del aula en

repetidas ocasiones, deambula por la escuela toda la mañana y no se relaciona con ninguno de sus compañeros, situación que molesta a los maestros y al personal.

La reacción de los padres al ser demasiado permisivos y fácilmente manipulables no coadyuva a la situación, ya que seden a todo cuanto exige el niño, le compran cosas para convencerlo de ir a la escuela, o para lograr cualquier comportamiento aceptable.

A más de estos comportamientos se suman la extrema inseguridad lo que desemboca en una baja auto aceptación (autoestima), últimamente enuresis y encopresis y una actitud de abierta rebeldía ante la autoridad, una mala asimilación de normas de disciplina y reglas establecidas.

Después de haber realizado la matriz de relaciones se ha visto que los factores críticos o sinérgicos son:

- Hacer rabieta y berrinches.
- Inseguridad.
- Actitud permisiva y sobre protectora de los padres.

Es de fundamental importancia realizar una intervención pronta ante este problema que ha causado dificultades al niño y a su medio en algunas áreas de su vida, tales como la escuela y sus relaciones personales y hasta su condición física. Afectando esto directamente a su auto aceptación y seguridad emocional.

La importancia de realizar esta intervención radica en evitar la aparición o desarrollo de otros tipos de trastornos relacionados, o de los que la ansiedad podría ser la antesala como: problemas de alimentación, problemas de relación personal, ansiedad generalizada, fobia social, etc.

Entre las posibles soluciones para eliminar la ansiedad del niño NN podemos sugerir la aplicación de las técnicas utilizadas en la Terapia Cognitiva Conductual. En conclusión elaborar un plan terapéutico para eliminar los factores sinérgicos antes mencionados.

## **2.2 FICHA CLINICA PSICOLOGICA**

### **2.2.1 DATOS PERSONALES**

Nombres: XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Apellidos: XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Fecha de nacimiento: 31 de mayo del 2004 Edad: 5 años, 11 meses

Año de básica: segundo Profesora: XXXXXXXXXXXX

Dirección: Azogues Teléfono: x

Viene de otra escuela: no

Nombre del padre: Fredy Delgado Edad: 29 años Ocupación: Constructor

Nombre de la madre: Jenny Bueno Edad: 26 años Ocupación: empleada privada

Representante: madre

Aprovechamiento Pedagógico: malo

Ha repetido algún año: no

Remitido por: maestro de la escuela

Fecha: 21 de febrero del 2010

### **2.2.2 MOTIVO DE CONSULTA**

El niño muestra una clara renuencia a asistir a la escuela y a separarse de sus padres.

### **2.2.3 CONDUCTAS PREOCUPANTES:**

- Miedo excesivo a la oscuridad.
- Miedo excesivo a los payasos.
- Bajo o nulo nivel de sociabilidad
- Alto grado de agresividad
- Da golpes
- Patadas a cualquier persona
- Enuresis
- Encopresis
- Tendencia a los berrinches
- Falta de concentración.

### **2.2.4 ANAMNESIS PERSONAL**

#### **a) PERIODO PRENATAL**

Embarazo deseado: si Por qué: perdieron una niña antes de NN

Embarazo no deseado: \_\_\_\_\_ Por qué: \_\_\_\_\_

Intento de aborto: no Por qué: \_\_\_\_\_

Edad de la madre: 20 años Edad del padre: 23 años en el momento de la concepción.

Estado emocional de la madre: bueno del padre: bueno en el momento de la concepción.

Vivieron juntos los padres durante la gestación: si

Actividades de la madre durante el embarazo: empleada privada

Adicciones a medicamentos durante el embarazo: no

Posibles consanguinidad de los padres: no

Se sometió a transfusiones de sangre o RX (indique el mes): no

Sufrió de enfermedades infecciosas: no

Sufrió algún accidente durante el embarazo: no

Madre soltera: no

Alcoholismo del padre: no Madre: no

Drogadicción del padre: no Madre: no

Enfermedades del padre: ninguna

Enfermedades de la madre: ninguna

Estado emocional de la familia: bueno

Dificultades socioeconómicas: clase media baja

Abandono: Padre: no Madre: si Ambos: no

Observaciones:

La madre por motivos de trabajo debe ausentarse del hogar y encargar al niño a los cuidados de su bisabuela, quien toma las riendas de su cuidado y crianza, hasta poco tiempo antes de fallecer.

b) PERIODO NATAL:

Duración del embarazo: 38 semanas

Tipo de parto: Normal si Fórceps no Cesárea: no

Inducción: si Anoxia: no Cianosis: no Ictericia: no

Peso: 6 Lbr. Talla: 49 cm.

Lloró rápido: si Necesitó oxígeno: no

Necesitó incubadora: no Tiempo: x

Observaciones:

La madre refiere que al momento de nacer, el niño sufrió un golpe de su cabeza contra la pelvis, pero que en ese momento no requirió de atención médica.

c) PERIODO POSNATAL

Lactancia: Seno x Biberón Mixta

Edad del destete: 18 meses Forma: sin dificultad

DESARROLLO PSICOMOTOR:

A qué edad gateo: 10 meses Caminó: 1 año, 1 mes

DESARROLLO DEL LENGUAJE:

A Qué edad: primeras palabras: no recuerda Lenguaje completo: 3 años

CONTROL DE ESFINTERES:

A qué edad: 2 años y medio

Orina: diurna 2 años Nocturna: 2 años y medio

Heces: diurnas 2 años Nocturna: 2 años y medio

En la actualidad se presentan estos problemas:

Hace dos meses atrás el niño presenta episodios de mojar la cama y se defeca en su ropa durante el día.

TRASTORNOS DEL SUEÑO:

Insomnio: no pesadillas: si

Miedos nocturnos: si sonambulismo: no

Habla dormido: si

Observaciones:

Presencia de constantes pesadillas y miedos durante la noche.



d) INFANCIA

ALIMENTACIÓN:

Grado de aceptación de la comida: difícil:   x   fácil:            vómitos:   si  

Desayuna: siempre                    a veces           x           nunca                   

Almuerza: siempre                    a veces           x           nunca                   

Merienda: siempre:                    a veces           x           nunca                   

Tipo de alimentación: Buena            Regular       x       Mala                   

Problemas de alimentación:

Anorexia:   no   Bulimia:       no      

Observaciones:

Es muy selectivo en la comida solo come lo que le gusta, mas no las verduras, vegetales ni le gustan las frutas.

Con que persona duerme el niño:

Padre       x       Madre       x       Hermanos            Solo           

Comparte la habitación con:           padres          

e) ENFERMEDADES INFANTILES

Hepatitis: no Sarampión no Problemas de la vista: desconoce

Rubéola no Paperas no Problemas del oído: se desconoce

Fiebres no Asma no Traumatismo cerebral no

Tifoidea no Varicela no Hospitalización no

Gripes no Garganta no Anemia no

Infecciones no Convulsiones no

#### f) HECHOS TRUMATIZANTES

- Muerte de su bisabuela (cuidadora)
- Muerte de su mascota
- Viajes al exterior de su madre por razones laborales

#### g) CONDUCTAS ESPECÍFICA

Se orienta en el barrio: si

Va solo a la escuela: no

Usa transporte colectivo: no

Conoce el valor del dinero: si

Sabe hacer compras: si

Reconoce el esfuerzo de los padres para conseguir el dinero: no

h) ACTIVIDAD SEXUAL

Curiosidad por el sexo opuesto: no

Temor por el sexo opuesto: no

Ha sido víctima de algún tipo de abuso sexual: SI      NO x

OBSERVACIONES

ninguna

i) ETAPA ESCOLAR

Edad de ingreso 5 años Reacción del niño buena

Adaptación de niño en la escuela buena

Grado de sociabilización no mucha

Relación con los maestros buena

Relación con los compañeros indiferente

ACTITUD ESCOLAR

Triste: x Sociable      Alegre      Activo      Pasivo x

Competitivo      Rebelde      Agresivo      Sumiso x Responsable     

Líder      Irresponsable     

FORMA DE JUEGO

Individual   x   Colectivo   

Solo varones    Solo mujeres    Mixta   

Dificultades presentadas en este periodo:

En el grado que se encuentra en este momento se presentan muchas dificultades, el primer año de escolaridad fue normal y sin mayores problemas, pero el presente año, ha sido de difícil adaptación, el niño expresa verbalmente su negativa a acudir a la escuela, hace berrinches, no quiere vestirse, desayunar, etc. Inventa todo tipo de dolencias para evitar ser llevado a la escuela, una vez allí se muestra renuente a separarse de sus padres, llora, grita y una vez que consiguen dejarlo, los maestros comentan que se pasa toda la mañana recostado sobre su pupitre, se niega a realizar cualquier tipo de actividad que se le pide, no sale al recreo ni socializa con ninguno de sus compañeros, de rato en rato se levanta de su lugar y sale a deambular por la escuela solo, hasta que sea el momento de que lo retiren. Al principio existía colaboración por parte del maestro pero ante la insistente renuencia de NN se ha creado una posible antipatía o predisposición hacia él, con la respectiva negativa a ayudarlo con su problema.

j) ESQUEMA FAMILIAR

<b>NOMBRE</b>	<b>RELACION</b>	<b>EDAD</b>	<b>E. CIVIL</b>	<b>INSTRUCCIÓN</b>	<b>OCUPACION</b>	<b>RELACION BUENO/MALO</b>
Jenny Bueno	Madre	26	Casada	Superior	Empleada privada	Buena
Fredy Delgado	Padre	29	Casado	Secundaria	Construcción	Buena

TIPO DE VIVIENDA:

Casa   x   Departamento        Cuarto        No. De dormitorios   4  

Vivienda de: Ladrillo   x   Adobe        Tabla       

### 2.2.5 ANTECEDENTES FAMILIARES

#### a. GRUPO FAMILIAR

TIPO DE HOGAR: organizado   x   desorganizado        completo   x  

Incompleto       

El niño vive con:   padres  

Existen problemas en su hogar:   económicos  

#### b. HERENCIAS

SALUD: familiares

Epiléticos        Disrítmicos        Nerviosos       

Disturbios neurológicos   no   Deficiencia mental   no  

OBSERVACIONES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### DINAMICA FAMILIAR (RELACION ENTRE LOS MIEMBROS)

Relación entre los padres   buena

Actitud de padre con sus hijos: El padre es quien tiene más firmeza, aunque termina cediendo a las peticiones del niño

Actitud del padre para su hijo con problemas permisivo

Relación entre hermanos: ninguna

Actitud de otras personas hacia el niño: Todas las personas de la familia son permisivas y acceden a las exigencias del niño.

#### AUSENCIA DE LOS PADRES DEL HOGAR

Padre: \_\_\_\_\_ Madre x Ambos: \_\_\_\_\_

Motivos: trabajo, (durante la primera infancia)

Fuentes de información: Directa: \_\_\_\_\_ Indirecta: \_\_\_\_\_ Mixta: x

#### 2.2.6 ACTITUDES PARA ENSEÑARLE HABITOS DE CONDUCTA GENERAL

Autoritarios x Buena manera \_\_\_\_\_ Castigos físicos x

Castigos psicológicos \_\_\_\_\_

¿Usted cree que es necesario utilizar algún castigo con los niños para que obedezcan a los adultos? SI x NO \_\_\_\_\_

¿Castiga Ud.? A sus hijos? SI x NO \_\_\_\_\_

¿Cómo les castiga?

No les deja ver TV x

Les prohíbe jugar con sus amigos \_\_\_\_\_

Les quita el dinero del lunch \_\_\_\_\_

Les encierra en su cuarto           x          

Utiliza la correa para reprenderlos           x          

Les golpea con la mano                   x          

Les golpea con otros objetos \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia los haré? Siempre \_\_\_\_\_ Rara vez       x       Nunca \_\_\_\_\_

En la familia su hijo es reprendido por: Padre   x   Madre \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

¿Desde qué edad se inicio el castigo?       4 años      

### **2.2.7 DINAMICA ESCOLAR**

Actitud del profesor hacia el niño:       muy mala, antipatía, desgana.      

Actitud del niño hacia el profesor:       muy mala, temor, resentimiento y desinterés      

Años de escolaridad       Segundo de Básica      

¿Hay colaboración de los padres en las tareas escolares? SI   x   NO \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Qué mano utilizas con frecuencia en las actividades diarias:       derecha

En casos de ser zurdo ¿Cómo han reaccionado los padres?\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2.2.8 REACTIVOS PSICOLOGICOS APLICADOS

<b>NOMBRE DEL TEST</b>	<b>FECHA DE EVALUACION</b>
Test de la familia	25 DE FEBRERO DEL 2010
Test HTP	04 DE MARZO DEL 2010
WISC-R	11-18 DE MARZO DEL 2010
ECI	25 DER MARZO DEL 2010

#### **WISC - R**

**CI=** Normal.

Se debe resaltar que presenta bajas puntuaciones en la escala de Figuras Incompletas que indican atención y concentración pobres, distracción por ansiedad.

En Semejanzas las puntuaciones bajas podrían indicar un pensamiento concreto con dificultad para la abstracción.

#### **TEST PROYECTIVO HTP.**



El niño proyecta estados de ansiedad y neurosis. Existe una limitación anímica, inhibición social, necesidad de protección social y emocional. Conflicto emocional y relaciones parentales tensas que le provocan inseguridad, necesidad de apoyo y sentimientos de inferioridad. Su inseguridad provoca dificultad de contacto con el ambiente, evasión hostilidad, agresividad controlada. Aislamiento. Infantilidad.

Tiene mucha imaginación y refugio en la fantasía mecanismo compensatorio.

Traumas internos en su niñez temprana, vulnerabilidad, inhibición.

Ambición, sentimientos de culpabilidad. Agresividad oral. Mal humor, dificultad para controlar los impulsos sobre la función intelectual. Problemas en el desarrollo. Tendencia al negativismo y a la rebelión.

#### **TEST DE LA FAMILIA (apego)**

El tipo de Apego que presenta es el APEGO INSEGURO EVITATIVO, porque cumple las siguientes características:

- Impresión general de felicidad
- Sonrisas Forzadas
- Familia flotando en el aire
- Predominio de rigidez y tensión

( Pacurucu pp 9-10, 2010)

#### **CUESTIONARIO PARA PADRES: EARLY CHILDHOOD INVENTORY (ECI).**

De acuerdo a los resultados obtenidos en la aplicación se puede deducir que el niño presenta:

### **Categoría B: Desorden oposicionista desafiante**

- En esta categoría presenta 4 síntomas
- Dx: Trastorno Negativista Desafiante
- Se observan comportamientos negativistas, hostiles y desafiantes.

### **Categoría C: Trastorno de la Conducta**

- En esta categoría presenta tres síntomas.
- Ya que el niño viola los derechos de otros o las reglas apropiadas para su edad.
- El comportamiento prevalece, en casa, en la escuela y otros contextos.

### **Categoría D: Ansiedad de Separación**

- En esta categoría presenta siete síntomas.
- Se pone extremadamente ansioso cuando anticipa o experimenta una separación de sus figuras de vínculo. (Manual Early Inventory, 1996)

## **2.2.9 DIAGNOSTICO MULTIAXIAL**

**EJE I.** Ninguno.

**EJE II.** Ansiedad de Separación

**EJE III.** Ninguno.

**EJE IV.** Problemas relativos al grupo primario de apoyo (perdidas).

**EJE V.** 40% actual.

**2.2.10 DIAGNOSTICO:** debido a las entrevistas realizadas y a la batería de test empleadas puedo concluir que el niño cumple con la mayoría de criterios diagnósticos y síntomas principales de la Ansiedad de separación según el DSM IV, al tratarse de una

ansiedad excesiva o no adecuada a la edad del niño, relacionada con la separación del hogar o de figuras importantes. Que se ha mantenido alrededor de tres meses.

- Excesivo malestar repetido cuando hay o anticipa una separación respecto el hogar o figuras importantes (padres, cuidadores...)
- Gran preocupación persistente por perder las personas con las que se halla vinculado o porque éstas sufran daño.
- Resistencia o negativas repetidas a ir al colegio o cualquier otro lugar que implique separación.
- Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar sin las principales figuras vinculadas en el hogar o en otros lugares.
- Quejas repetidas de síntomas físicos al ocurrir o anticipar una separación respecto a las figuras significativas.

Las causas específicas en este caso son:

- La muerte de la abuela( principal cuidadora del niño)
- La ausencia de la madre por motivos laborales por tiempos prolongados.
- La muerte de su mascota.
- El ingreso al segundo año de básica, con un nuevo maestro y el cambio de ambiente que esto conlleva.

- El estilo educativo sobreprotector y permisivo de los padres, con ausencia de reglas y normas claras de disciplina.

#### **2.2.11 RECOMENDACIONES**

Se recomienda psicoterapia para eliminar conductas inapropiadas y promover el autocontrol de la ansiedad.

#### **2.2.12 CONCLUSIONES:**

Elaborar un plan terapéutico, para controlar la ansiedad y los síntomas que esta presenta en el niño, y restablecer de esta forma el normal desenvolvimiento del niño en el área académica, social y familiar.

## **CAPITULO III**

### **TRATAMIENTO**

El tratamiento específico del trastorno de ansiedad de separación será determinado basándose en lo siguiente:

- La edad del niño, su estado general de salud y sus antecedentes médicos
- La gravedad de los síntomas del niño.
- La tolerancia del niño a determinados medicamentos o terapias
- Las expectativas para la evolución del trastorno
- La opinión y preferencia de los padres.

Los trastornos de ansiedad pueden ser tratados eficazmente. El tratamiento siempre se debe basar en una evaluación exhaustiva del niño y la familia. Las recomendaciones de tratamiento pueden incluir terapia cognitivo-conductista para el niño, centrada en ayudar al niño o adolescente a aprender habilidades para manejar su ansiedad y ayudarlo a dominar las situaciones que contribuyen a dicha ansiedad. Algunos niños también se benefician del tratamiento con medicamentos antidepresivos o contra la ansiedad para ayudarlos a tranquilizarse. Los padres tienen un rol vital de apoyo en cualquier proceso de tratamiento. También se recomienda la terapia familiar y consultar con la escuela del niño para realizar un trabajo conjunto y con mayores y mejores resultados.

En cuanto a la prevención de este trastorno, no se conocen de medidas que se puedan tomar para dicho fin, sino más bien la detección temprana y eficaz coadyuvarían a reducir la gravedad del trastorno y mejorar la calidad de vida de los niños que padecen este trastorno.

Una vez determinado el problema es necesario que al iniciar la terapia esta sea realizada en un contexto lo más habitual posible para el niño, el terapeuta debe adoptar un papel más activo ya que el niño no tiene suficiente capacidad de decisión, además es muy aconsejable que en las primeras sesiones estén presentes los cuidadores habituales del niño para de esta forma proporcionarle mayor seguridad y comodidad durante el proceso y obtener así mejores resultados. También resulta muy importante que los padres y maestros sean educados en las técnicas que usara el terapeuta para que puedan emplearlas fuera de las sesiones.

### 3.1 TECNICAS

Las técnicas más usadas y que han mostrado su eficacia en el tratamiento del trastorno de ansiedad por separación son:

1. **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 auto-monitoreo de sus sensaciones, pensamientos y respuestas conductuales, de modo de aprender estrategias de enfrentamiento a la angustia que le sean más funcionales y adaptativas.
  
2. **Entrenamiento de padres y otros educadores en los principios de las técnicas operantes:** fundamentalmente se les enseña a premiar los pequeños avances del niño/a y a dejar de reforzar conductas que, aunque parecen aliviar la angustia del paciente, no hacen sino prolongarla innecesariamente. (Psicoeducación)
  
1. **Exposición gradual en vivo a las situaciones de separación:** se prepara una lista de situaciones ordenadas de menos a más temidas. Progresivamente el niño se va exponiendo a cada una. En las primeras sesiones es acompañado por alguna persona significativa, para gradualmente ir el paciente haciendo frente sólo a las situaciones con lo que aumentará su confianza. A la larga el objetivo es que sea el propio paciente el que haga una autoexposición regular y en su contexto

habitual, para que, finalmente soporte las situaciones de separación con la menor ansiedad posible. (Echeburúa, E. y de Corral, P. “*Técnicas de Exposición: Variantes y aplicaciones.*” En F.J. Labrador, (1995).

2. **Relajación:** es una respuesta incompatible con la ansiedad (no se puede estar relajado y ansioso a la vez) que sirve para afrontarla. Lo más habitual es emplear la *Relajación Progresiva de Jacobson* que se basa en ejercicios de tensión-distensión que muestran las diferencias entre relajación y tensión. Para niños menores de 8 años las sesiones son más cortas, de unos 10-15 minutos para mantener su atención y no fatigarle, se usan instrucciones cortas y claras, también modelos para que aprenda mejor el procedimiento de relajación, así como materiales que facilitan el aprendizaje como muñecos o silbatos.
3. **Otros métodos de relajación:** la risa, el juego, la música, etc.
4. **Técnicas de modelado:** se usa un modelo real o no, que se enfrenta a la situación temida gradualmente y sin sufrir consecuencias negativas. Lo más efectivo es que el modelo esté de cuerpo presente y que el niño participe repitiendo las conductas del modelo animado y apoyado emocionalmente por éste. Estas técnicas se usan reforzando al niño sistemáticamente a medida que se anima a realizar las conductas del modelo, y dándole indicaciones de cuál es la forma de proceder (las llamadas “guías físicas”). Es importante que el modelo resulte atractivo para el niño, se asemeje a él, y sea un modelo de afrontamiento y no de dominio.

- 5. Imágenes emotivas:** el niño/a ha de imaginar situaciones diarias donde participan sus personajes favoritos, lo cual genera emociones gratas. Progresivamente se dice al niño que imagine situaciones que le provoquen algo de ansiedad, para ir pasando a otras más angustiantes. Las emociones positivas del principio de la técnica tienen un efecto de inhibición sobre la angustia posterior.
- 6. Práctica reforzada o moldeamiento:** se pacta un objetivo final (ir solo al colegio por ejemplo) y se fragmenta en una serie de objetivos intermedios que vayan de la situación actual en que se encuentra el niño al objetivo último. Luego se va premiando la consecución de cada uno de los objetivos parciales, para así llegar al objetivo final. Esta técnica también usa la guía física. Es importante ir dejando de reforzar las conductas de evitación e ir informando al niño del desarrollo de la técnica.
- 7. Asignación de tareas Graduadas:** Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conductas intermedias de dificultad hasta la conducta meta.
- 8. Entrenamiento Asertivo:** Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.
- 9. Ensayo Conductual y Rol Playing:** Se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.



**10. Autoinstrucciones positivas.** Se trata fundamentalmente de invitar al niño a que cambie la forma de hablarse a sí mismo, pasando del “no puedo hacerlo”, “algo malo va a pasar” al “lo voy a intentar”, “puede ser que algo ocurra”. Esta técnica, sin embargo, requiere de unas ciertas habilidades intelectuales, que la hacen inadecuada para niños de reducida edad que aún carecen de éstas.

### **3.2 FARMACOTERAPIA**

La farmacoterapia debería ser considerada en el tratamiento de los trastornos de ansiedad si la sintomatología es severa o invalida notoriamente el funcionamiento del niño, o en el caso de que de 6-8 semanas de psicoterapia (considerando la intervención con los padres), no logró reducir los síntomas ansiosos en el niño. Los fármacos de primera elección en el tratamiento del TAS son los inhibidores selectivos de recaptación de serotoninas (ISRS). Los ISRS han demostrado su efectividad en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y los trastornos del ánimo por su efecto ansiolítico y antidepresivo. Estudios controlados demuestran la eficacia y la seguridad de los ISRS en niños y adolescentes con trastornos de ansiedad. Dentro de los ISRS se ha comprobado la eficacia de la fluoxetina en el tratamiento con niños, algunos pacientes que no han respondido a intervenciones terapéuticas han presentado mejoría sintomática al uso de este fármaco. Los efectos colaterales de la fluoxetina son sido leves y breves. La sertralina y fluvoxamina, también fármacos ISRS, han demostrado ser más eficaces que placebo en la disminución de síntomas ansiosos. Esta reducción sintomática se ha asociado a mejoría clínica global. Una segunda línea de farmacoterapia pueden ser las benzodiacepinas, tales

como el alprazolam y el clonazepam. No hay suficiente datos empíricos que demuestren la eficacia del uso de benzodiazepinas en el tratamiento de los trastornos ansiosos en niños y adolescentes. Ensayos clínicos controlados no se ha observado diferencia significativa entre uso de benzodiazepinas versus placebo en pacientes con trastornos ansiosos. Estos medicamentos con efecto ansiolítico más inmediato, podrían ser utilizados en conjunto con los ISRS mientras se espera que comience el efecto de estos últimos (1 a 2 semanas). Por ser moléculas de vida media corta las benzodiazepinas pueden ser utilizadas en la mañana ya que reducen rápidamente la ansiedad, portante ayudan al paciente a tolerar la partida al colegio cuando el rechazo escolar acompaña a la ansiedad por separación. Debido a sus efectos adversos, como su potencial de dependencia, las benzodiazepinas deben ser indicadas por períodos cortos y con estricta supervisión. Actualmente los antidepresivos tricíclicos como la imipramina, son de escasa utilización debido a sus efectos adversos y su eficacia no demostrada en comparación a placebo.

La duración del tratamiento farmacológico para el TAS no está bien establecida pero debería ser lo suficiente para que la sintomatología del paciente se haya reducido, y el entrenamiento en psicoterapia ya le permita ser capaz de modular su ansiedad sin la necesidad del uso de fármacos. Al suspender la medicación debe monitorearse una eventual recurrencia de la ansiedad excesiva.

En toda intervención terapéutica de los trastornos ansiosos no debemos olvidar de transmitir tanto al niño como a sus padres un sentimiento de tranquilidad y comprensión

ante la angustia que los aqueja y de seguridad que con tratamiento adecuado estos trastornos remiten.

## **CAPITULO IV**

### **APLICACIÓN DEL PLAN TERAPEUTICO**

El tiempo establecido para llevar a cabo este plan seria de seis meses, con una sesión por semana, con una duración de 30 máximo 45 minutos por sesión, utilizando las técnicas Cognitivo-conductuales, que se encaminaran al desarrollo de las capacidades de autocontrol del niño sobre la ansiedad para eliminar los síntomas más preocupantes y de esta forma restablecer el normal desarrollo emocional del niño.

#### **4.1 PRIMER MES:**

**4.1.1 OBJETIVO GENERAL.-** Hacer que el niño acuda a la escuela normalmente y sin conflicto.

#### **4.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Controlar la ansiedad producida por la separación mientras se encuentra el niño en la escuela.
- Mantener al niño durante la jornada completa de clases.
- Eliminar los conflictos originados por la separación, como llantos rabieta y agresiones hacia los padres.
- Introducir al niño en las técnicas de relajación

#### **4.1.4 TÉCNICAS EMPLEADAS:**

- Inhibición Recíproca.
- Técnica de Modelado
- Ejercicios de relajación: La Tarta de cumpleaños, ejercicios de distensión- extensión

## **4.2 SEGUNDO MES:**

**4.2.1 OBJETIVO GENERAL.-** El niño pueda autocontrolar su ansiedad, expresiones de agresividad y miedos.

### **4.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Enseñar al niño autocontrol ante todas las situaciones de separación de sus padres a manejar su ansiedad en estos casos.
- Enseñar al niño diferentes y correctas maneras de expresar su enojo, de formas socialmente aceptables.
- Manejar los miedos irracionales que presenta el niño.

### **4.2.3 TÉCNICAS EMPLEADAS:**

- Inhibición Recíproca
- Técnica de Modelado
- Ejercicios de relajación: Como respira la hormiga y el León.

- Relajación-Respiración
- Autoinstrucciones positivas.

### **4.3 TERCER MES:**

**4.3.1 OBJETIVO GENERAL.-** El niño pueda autocontrolar su ansiedad, expresiones de agresividad y miedos.

#### **4.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Enseñar al niño autocontrol ante todas las situaciones de separación de sus padres a manejar su ansiedad en estos casos.
- Enseñar al niño diferentes y correctas maneras de expresar su enojo, de formas socialmente aceptables.
- Manejar los miedos irracionales que presenta el niño.

#### **4.3.3 TÉCNICAS EMPLEADAS:**

- Inhibición Recíproca
- Técnica de Modelado
- Ejercicios de relajación: Mi corazón hace bum bum.
- Relajación-Respiración, Balanceo.

- Autoinstrucciones positivas.

#### **4.4 CUARTO MES:**

**4.4.1 OBJETIVO GENERAL.-** restaurar la autoaceptación (autoestima) del niño

#### **4.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Mejorar la percepción de sí mismo, por medio del autoconocimiento.
- Aceptar las cualidades negativas y potencializar las positivas.
- Provocar una aceptación integral del niño.

#### **4.4.3 TÉCNICAS EMPLEADAS:**

- Como soy yo
- Cualidades positivas
- Si yo fuera
- Hay miedos y miedos

#### **4.5 QUINTO MES:**

**4.5.1 OBJETIVO GENERAL.-** eliminar la Encopresis y Enuresis.

#### **4.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Enseñar al niño a reeducar nuevamente el control de esfínteres.
- Eliminar los episodios de micción de orina en la noche.
- Eliminar la encopresis durante el día.

#### **4.5.3 TÉCNICAS EMPLEADAS:**

- Economía de Fichas
- Registro de actividades diarias controladas
- Modificación de la dieta.( aumento de fibra, frutas, verduras)
- Práctica positiva

### **4.6 SEXTO MES:**

**4.6.1 OBJETIVO GENERAL.-** Evolución, Control y Seguimiento de la terapia.

#### **4.6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Realizar la evaluación del tratamiento y su funcionamiento.
- Prevención de posibles recaídas.
- Realizar el cierre de la relación terapéutica con el niño.
- Fijar fechas de control y seguimiento.



## **4.7 TECNICAS:**

### **4.7.1 INHIBICION RECIPROCA ( Exposición en vivo a la situación estresante)**

En primera instancia se determina junto con el niño y su madre que será el chocolate el dulce a ser consumido en los momentos de ansiedad.

Como signos de ansiedad se consideraron la sudoración de las manos, inquietud motora, llanto, negativa a caminar, expresión verbal de no ir a la escuela.

Se informara a las autoridades del establecimiento sobre el método que se va a emplear, de igual manera a la maestra para contar con su colaboración durante el proceso.

Luego se enumeran en orden de importancia de menos a más las situaciones de ansiedad siendo estas las siguientes.

- Levantarse de la cama y ponerse el uniforme
- Tomar el desayuno
- Salir de la casa
- Llegar a unas pocas cuerdas de la escuela en donde la visualiza.
- Atravesar la puerta de entrada
- El camino hacia el aula
- Llegar a la puerta del aula
- Ingresar a su aula

- Quedarse dentro de la misma.

El procedimiento se realiza diariamente partiendo desde el momento de despertar al niño, en cada intervención se avanza hasta que el niño muestra claros signos de ansiedad que requirieran de algunos minutos para que se tranquilizara. Si a juicio del autor la ansiedad es leve y cede rápidamente con la ingestión de chocolate, se continúa hasta la situación siguiente.

Para lograr una mayor eficacia de la técnica anteriormente mencionada se la puede combinar con la **Técnica de Modelado**, en la que utilizaremos a su primo al que quiere mucho para que le sirva de modelo físico, (está en la misma escuela, ) será él quien realice primero las acciones descritas y mediante motivaciones verbales animara al niño a imitarlo. Haciendo de la actividad un juego divertido y liberando o disimulando la ansiedad que conlleva realizar estas actividades.

#### **4.7.2 RELAJACION:**

Durante las sesiones semanales se realizará la práctica de diferentes técnicas de relajación, las mismas que serán practicadas posteriormente en casa todas las noches antes de dormir, con la finalidad de familiarizar al niño con las mismas y facilitar su uso posteriormente ante una situación de ansiedad y lograr de esta forma manejar o controlar los episodios de ansiedad mediante y con el uso de esta técnica.

Los beneficios que producen las técnicas de respiración son variadas y podemos anotar:

- Regular la acción cardíaca y la mejora de la circulación sanguínea

- Sedar el sistema nervioso autónomo
- Prevenir trastornos del aparato respiratorio
- Calmar las emociones
- Combatir la no dispersión mental, intensificándose la capacidad de concentración
- Aumentar la capacidad pulmonar
- Tonificar la musculatura del aparato respiratorio
- Equilibrar la función endocrina
- Favorecer el metabolismo
- Controlar las emociones
- Combatir el nerviosismo propio de muchos niños y niñas
- Incrementar los caudales de energía
- Aumentar las defensas del organismo

#### **4.7.2.1 La Tarta de Cumpleaños**

**Objetivo:** Enseñar al niño y a la niña la manera adecuada de respiración y hacer que se relaje a través de la inspiración y la espiración

#### **Desarrollo del Juego:**

Gracias a un papel de seda que colocamos delante de la cara del niño/ña pueden observar de donde sale y entra el aire.

Hay que enseñar a los niños y niñas que el aire debe entrar por la nariz y salir por la boca. Deberán imaginarse que delante de ellos hay una tarta de cumpleaños con una vela. Antes de soplar cantaremos la canción “Cumpleaños feliz”, y si lo ha hecho de manera adecuada le aplaudiremos y felicitaremos.

#### **4.7.2.2 Cómo respira la hormiga y el león**

**Objetivo:** Apreciar los ritmos de respiración y cuál es el más adecuado.

**Desarrollo del Juego:**

Basándome en la metáfora de cómo respiran el león y la hormiga enseñé a los niños a respirar de manera pausada y floja y de manera rápida y fuerte. La hormiga es pequeña y respira despacio y lento, pero en cambio el león que es grande y fuerte necesita respirar rápido y fuerte, los niños aprendieron que la forma correcta de respirar es la de la hormiga.

También nos podemos ayudar del papel de seda, así podemos ver como no se mueve cuando respiramos como hormiguita y como si se mueve cuando respiramos como león.

#### **4.7.2.3 Mi corazón hace bum-bum**

**Objetivo:** Ser conscientes de que el corazón se acelera y respiramos más rápido después de un esfuerzo o ejercicio físico.

Desarrollo del juego:

Los niños y niñas ponen su mano en el pecho y observan que los latidos de su corazón apenas los notan y que su respiración es lenta. Pero observan que después de correr por el aula su corazón y su respiración se han acelerado. También les hacemos conscientes

de que esto es lo que nos pasa cuando nos ponemos nerviosos. Les hacemos comprender que tenemos un arma muy valiosa para que nuestro corazón y nuestra respiración vaya más despacio y es a través de juegos de respiración.

#### **4.7.3 RELAJACION MUSCULAR:**

**4.7.3.1 Contracción-distensión:** Técnica que consiste en contraer un músculo o un grupo de músculos durante unos segundos para luego aflojar la contracción progresivamente. Esta contracción máxima permite sentir la distensión del grupo muscular objeto del ejercicio

**4.7.3.2 Balanceo:** Técnica que consiste en imitar el movimiento de un balancín, de un columpio. Se trata de realizar un movimiento de vaivén de delante hacia atrás, o de derecha a izquierda. La parte del cuerpo que se está relajando (por ejemplo, un brazo, una pierna, la cabeza) debe estar distendida y blanda

**4.7.3.3 Estiramiento-relajación:** Consiste en estirar progresivamente una parte de cuerpo, alargándola lo más posible. Debe mantenerse esa postura durante unos segundos y luego aflojar suavemente esa parte del cuerpo. Es importante aflojarla con suavidad, dejándola caer resbalando, sin que golpee. Después, se balancea ligeramente esa parte del cuerpo.

**4.7.3.4 Caída:** Consiste en dejar que la fuerza de gravedad actúe sobre el cuerpo. Luego de haber levantado una parte del cuerpo, la dejamos caer lentamente, resbalando (sin que golpee). Se deja descansar esa parte durante unos segundos y luego se repite el movimiento dos o tres veces.

#### **4.7.4 AUTOINSTRUCCIONES POSITIVAS:**

Las verbalizaciones internas que acompañan a la actividad del sujeto. Son instrucciones u órdenes que el sujeto se da a sí mismo, dirigiendo su actuación (“*voy a ponerme a estudiar*”, “*no puedo seguir corriendo*”, *etc.*). El **pensamiento**, que en otros momentos podría parecer rápido o automático, ahora se enlentece y se transforma en **lenguaje** que guía con cuidado la actuación del sujeto ( [www.eliceo.com](http://www.eliceo.com))

##### **4.7.4.1 Procedimiento Aprendizaje de Autoinstrucciones**

El procedimiento completo consta de cinco pasos:

- 1º- El terapeuta o monitor actúa como modelo y lleva a cabo una tarea mientras se habla a sí mismo en voz alta sobre lo que está haciendo (Modelado cognitivo).
- 2º- El niño lleva a cabo la misma tarea del ejemplo propuesto por el terapeuta, bajo la dirección de las instrucciones de éste (Guía externa en voz alta).
- 3º- El niño lo vuelve a hacer mientras se dirige a sí mismo en voz alta (Autoinstrucciones en voz alta).
- 4º- Ahora el niño lleva a cabo la tarea de nuevo, pero sólo verbalizando en un tono muy bajo (autoinstrucciones enmascaradas)
- 5º- El niño guía su propio comportamiento a través de autoinstrucciones internas, mientras va desarrollando la tarea (autoinstrucciones encubiertas).

Lo que el modelo trata de enseñar al niño a través de estas instrucciones puede concretarse en:

**1º- Definir el Problema:** ¿Qué tengo que hacer?

**2º- Guía de la Respuesta:** ¿Cómo tengo que hacerlo? (despacio, pinta la raya hacia

abajo....).

**3º- Autorefuerto:** Lo estoy haciendo bastante bien.

**4º- Autocorrección:** En el caso de que no se alcance el objetivo propuesto, afrontar el error (si cometo un error puedo continuar. Iré más despacio.

Hay que recordar que el objetivo de esta técnica es modificar las verbalizaciones internas que el sujeto utiliza ante aquellos problemas o situaciones en los que habitualmente fracasa, realizando respuestas inadecuadas para alcanzar el objetivo. Así, pues, el éxito de la técnica viene determinado, no sólo por el cambio de verbalizaciones internas del sujeto, sino por el cambio de comportamiento ante dichas situaciones.

Se le explica que va a ir retransmitiendo en voz alta lo que vaya haciendo, y que tiene que lanzarse mensajes positivos, como si fuera su propio entrenador personal, tales como:

*“Bien, ¿qué es lo que tengo que hacer?”*

*Tengo que....*

*¡Despacio y con cuidado!*

*Eso, lo estoy haciendo bastante bien.*

*Recuerda: he de ir despacio*

*(Ante un error): ¡vaya no creí que...bueno no pasa nada!, sólo tengo que borrar. Aunque cometa un error puedo seguir haciéndolo lentamente y con atención.*

*¡Acabé, lo hice, muy bien!”*

([www.eliceo.com](http://www.eliceo.com))

#### **4.7.5 Tratamiento encopresis- enuresis:**

El tratamiento de la encopresis es similar al de la enuresis. Primero se deben descartar las causas orgánicas y se pide a los padres que realicen un registro de defecaciones y/o micciones de los niños. Se les entrena en hábitos defecatorios y se utiliza una estrategia de recompensa y de reforzamiento (se puede utilizar economía de fichas) e, igualmente, debe ser el niño quien se quite la ropa, la lleve a la lavadora, busque su ropa limpia y se cambie. Otro ejercicio que se aconseja en estos casos es una práctica positiva, es decir, dejar que el niño permanezca solo en su habitación tranquilamente sentado durante diez minutos. Después, repetir el ejercicio en el retrete, de modo que permanezca sentado otros diez minutos y, finalmente, repetir la secuencia en los mismos horarios, coincidiendo con las horas de comida para que vaya adquiriendo los hábitos de defecación adecuados,

### **CONCLUSIONES:**

El presente estudio, ha confirmado la importancia del correcto y adecuado desarrollo que debe tener todo niño en relación al equilibrio entre disciplina y afecto, el cual debe proporcionar la mayor estabilidad emocional, para evitar que los posibles vacíos originen problemas futuros como la ANSIEDAD DE SEPARACION, así mismo una



correcta autoaceptación, autoestima y seguridad que pueda adquirir un niño, ya que con estos factores difícilmente se dará paso a miedos e inseguridades posteriores.

La importancia de realizar este trabajo radica en que la efectividad del plan terapéutico garantizará la pronta y completa restitución del niño a una vida normal, y que cumpla con el adecuado desarrollo de la infancia, pero lo más importante aún sería eliminar los síntomas presentados y coadyuvar al correcto funcionamiento y restablecimiento del niño, en las diferentes áreas de su vida, académica, relaciones interpersonales, dinámica familiar, etc.

Sería recomendable poder realizar una investigación del tema desde otros puntos de vista como el psicoanálisis, las teorías del apego, que serían de gran utilidad para abordar desde otro punto de vista el problema de la ansiedad de separación y posiblemente nuevas alternativas de tratamiento, que aplicadas conjuntamente con la terapia cognitiva conductual, que ha demostrado su eficacia y ser la mejor línea en el restablecimiento de los trastornos de ansiedad, con mayores y más rápidos resultados debido a sus características prácticas tales como: su brevedad, su centrado en el presente, en el problema y en su solución, su carácter preventivo de futuros trastornos, su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta, la importancia de las tareas de autoayuda a realizarse entre sesiones.

Este trabajo investigativo, me ha dejado una gran satisfacción personal y académica porque he ampliado mi campo de conocimiento en cuanto a técnicas y el campo de acción que serán de gran valor en mi vida profesional futura.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. First, M; Frances, A.; Pincus H.A “DSM-IV: Manual de diagnóstico diferencial”.  
Barcelona. Ed. Masson . (1999).

2. Bailly, D. "Angustia de separación". Barcelona. Editorial Masson. . (1997)
3. Echeburúa, E. "Trastornos de ansiedad en la infancia." Madrid. Ediciones Pirámide. (1996).
4. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta (pp. 422-456). Madrid: Pirámide.
5. Beck, A., Terapia Cognitiva y los Desórdenes Emocionales, (1976.)
6. Dattilio & Padesky, Terapia Cognitiva con Parejas, (1990.)
7. Beck, J Cognitive Therapy: Basics and Beyond., (1995)
8. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Barcelona. Ed. Masson (1998)
9. PACURUCU, A Módulo: Psicopatología infanto-juvenil, Ecuador, (2010.)
10. Labrador, F.; Echeburua E. y Becona E. "Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos". Madrid: Dykinson. (2000).
11. Ruiz Juan Sánchez José (Psicólogo Clínico), Imbernón Juan González José (Psiquiatra) y Cano Justo Sánchez José (Psiquiatra). "Psicoterapia cognitiva de urgencia" 1999. .
12. Echeburúa, E. y de Corral, P. "*Técnicas de exposición: Variantes y aplicaciones.*" En F.J. Labrador, (1995).
13. J.A. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Vol. 1, pp. 137-169). Madrid: Siglo XXI.

**PáginasWeb:**

- [info@clinicadeansiedad.com](mailto:info@clinicadeansiedad.com)
- [http://www.catrec.org/corriente\\_cognitiva.htm](http://www.catrec.org/corriente_cognitiva.htm) eficacia. 25/03/2010/5:42pm
- <http://www.catrec.org/BECK.htm> 02/04/2010/11:55pm
- <http://www.clinicadeansiedad.com/documentos.asp?doc=121&rec=122>  
02/04/2010/ 12:27pm
- [http://www.psicocarea.org/ansiedad\\_ninos.htm](http://www.psicocarea.org/ansiedad_ninos.htm) 12/04/2010/ 11:12am
- <http://www.cepvi.com/CIE10/p121.shtml>
- <http://www.jhpsicologia.com/ansiedad-separacion.htm>
- [http://www.arantxacoca.com/?lang=es&menu=centro\\_de\\_psicologia&area=infantil&topic=ansiedad](http://www.arantxacoca.com/?lang=es&menu=centro_de_psicologia&area=infantil&topic=ansiedad).
- [http://www.actad.org/actad\\_cas/ansiedad\\_infantil.php](http://www.actad.org/actad_cas/ansiedad_infantil.php)
- [http://www.sanitas.es/sanitas/segurosExt/documento\\_consejos\\_de\\_salud/Ansiedad-infantil-por-separacion/SANBBASZA](http://www.sanitas.es/sanitas/segurosExt/documento_consejos_de_salud/Ansiedad-infantil-por-separacion/SANBBASZA)
- [www.trastans/trastans.shtml](http://www.trastans/trastans.shtml))
- [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062009000200002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S037041062009000200002&script=sci_arttext)  
Rev. chil. pediatr. v.80 n.2 Santiago abr. 2009