



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA

**INTERVENCION PSICOLOGICA DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO UNICO DE ANSIEDAD POR SEPARACION**

JACKSON ALEXANDER BULLA GUTIERREZ

BUCARAMANGA

2016



UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA SECCIONAL BUCARAMANGA
ESCUELA DE CIENCIAS SOCIALES
ESPECIALIZACION EN PSICOLOGIA CLINICA

**INTERVENCION PSICOLOGICA DESDE UN ENFOQUE COGNITIVO
CONDUCTUAL EN UN CASO UNICO DE ANSIEDAD POR SEPARACION**

**TRABAJO DE GRADO EN LA MODALIDAD MONOGRAFIA COMO REQUISITO
PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN PSICOLOGIA CLINICA**

JACKSON ALEXANDER BULLA GUTIERREZ

Asesor:

Ps. Esp. Paola Ximena Santos Uribe

BUCARAMANGA

2016

AGRADECIMIENTOS

Un agradecimiento especial a mis pacientes en el proceso de práctica, especialmente a los niños y niñas quienes con su colaboración, su participación activa y su constancia durante la terapia, facilitaron e hicieron posible la realización de este trabajo monográfico.

De igual manera expreso mi más profundo agradecimiento a mi asesora, la Doctora Paola Santos, por ser mi guía en el proceso formativo y por facilitarme las herramientas necesarias para realizar mi trabajo de la manera más adecuada y acertada. Su apoyo ha sido fundamental para el abordaje profesional de los casos durante la presente práctica.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	8
Referente conceptual.....	10
Formulación del caso.....	32
Información general del caso	32
Genograma.....	35
Análisis funcional de la conducta.....	37
Hipótesis explicativa.....	40
Impresión diagnóstica según el DSM V.....	42
Proceso de evaluación intervención.....	42
Resultados.....	52
Discusión.....	54
Conclusiones.....	55
Recomendaciones.....	57
Referencias.....	59
Anexos	

TABLA DE TABLAS

Tabla 1.....	12
Tabla 2.....	16
Tabla 3.....	17
Tabla 4.....	18

RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

TITULO: Intervención psicológica desde un modelo cognitivo conductual en un caso único de ansiedad por separación.

AUTOR(ES): Jackson Alexander Bulla Gutiérrez.

FACULTAD: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR(A): Paola Ximena Santos Uribe.

RESUMEN

En el presente trabajo se focalizo la intervención en un caso único de ansiedad por separación, en el cual se desarrolló el proceso evaluativo, diagnostico, intervención y seguimiento. El abordaje se realizó en 15 sesiones bajo los fundamentos teóricos del modelo cognitivo – conductual, incluyendo entre otras la técnica “El Gran Asustador” que es una propuesta de tratamiento para ser aplicada a los niños con trastorno de ansiedad. El resultado permitió que el niño y su medio familiar, adquirieran habilidades para el afrontamiento de situaciones en las cuales predominaba la preocupación y que le producían al consultante “aprensión ansiosa” al momento de separarse de sus padres o cuidadores, sentimiento especialmente intenso al ingresar a la institución educativa. La propuesta “El gran Asustador”, permitió complementar las técnicas tradicionales empleadas para el tratamiento de la ansiedad en los niños (entrenamiento en relajación, desensibilización sistemática, entre otros), aportando un marco conceptual para que el consultante comprendiera el problema y cuál era su papel en el tratamiento, generando en él una actitud de “empirismo colaborativo”. Además el proceso con la familia fue de vital importancia, incluyendo procesos psicoeducativos y la aplicación de la técnica de economía de fichas que facilitó que el niño recibiera refuerzos ante el afrontamiento cotidiano de las situaciones temidas.

PALABRAS CLAVES:

Ansiedad por Separación, El Gran Asustador, Afrontamiento Situaciones Temidas.

V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO

GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE

TITLE: Psychological intervention from a cognitive behavioral model in a single case of separation anxiety.

AUTHOR(S): Jackson Alexander Bulla Gutiérrez.

FACULTY: Esp. en Psicología Clínica

DIRECTOR: Paola Ximena Santos Uribe.

ABSTRACT

For this work the intervention got focused on an only separation anxiety disorder case, in which was developed the evaluation, diagnosis, intervention and tracing. The approach was made in 15 sessions under theoretical fundaments of Cognitive-Behavioral Model, including, among others, the technique "The Big Scarer", which is a treatment proposal for children with Anxiety Disorders. The result allowed the child and his familiar environment to get coping abilities in situations where the worry used to predominate and produced anxiety in the patient when he got separated from his fathers or other carers, which increased when he ingressed to the school. "The Big Scarer" technique helped to complement the common techniques used in the childish anxiety treatment (relaxing training, systematic desensitization, among others), giving a conceptual framework for the consultant being able to understand the problem and his role in the treatment, generating in him a "cooperative empiricism" attitude. Furthermore, the process with the family was especially relevant, including psycho-educational processes and the use of "Token Economy" technique, which eased the child to get reinforcement for his way of daily coping with the scaring situations.

KEYWORDS:

Separation Anxiety Disorder, The Big Scarer, Coping with Scaring situations.

V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK

1. INTRODUCCION

Con el propósito de ofrecer procesos de formación integral y de calidad, la especialización en psicología clínica de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga propone que los estudiantes desarrollen ejercicios de evaluación e intervención que les permitan adquirir competencias profesionales a través de la atención de casos en escenarios reales. Conforme con lo anterior, esta práctica fue realizada en el Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana ubicado en el Municipio de Bucaramanga.

El Instituto de Familia y Vida, es un centro de proyección académica, interdisciplinaria, que lidera procesos de investigación y ofrece servicios, según principios cristianos, promoviendo, difundiendo y desarrollando la calidad de vida de las familias Santandereanas, sus miembros y de la sociedad en general. Acorde con su propósito y el de la especialización en psicología clínica, el Instituto de Familia y Vida ofrece entre sus diferentes servicios, la atención y orientación pedagógica, a través de la cual se le brinda a la población beneficiaria atención psicológica a nivel individual, de pareja y familia, donde los estudiantes en niveles pregrado y postgrado, realizan su ejercicio de práctica profesional.

En el curso de la práctica desarrollada en el Instituto de Familia y Vida, se realizó la intervención de 15 consultantes, en 7 de los cuales se desarrolló el proceso evaluativo, diagnóstico, de intervención y seguimiento, 5 fueron procesos de evaluación y se presentaron 3 deserciones de los consultantes. Puntualmente, en este escrito se describe el proceso de intervención de un caso único de ansiedad por separación desde el modelo cognitivo – conductual, el cual se realizó con el niño Camilo y su familia en 8 sesiones individuales y 4 sesiones con los padres.

Dicho ejercicio permitió realizar una comprensión de las dimensiones cognitivas y conductuales del trastorno de ansiedad por separación y las problemáticas académicas y sociales que surgen del temor excesivo a alejarse de las figuras de afecto y apego. Como se podrá ver, el caso permite confirmar los aportes teóricos que promueven la asociación entre esquemas mentales, la evaluación cognitiva y la relación del niño con su entorno desde la mirada del apego o vínculo afectivo. Es de aclarar que conforme con los requisitos éticos sobre la confidencialidad y el bienestar del consultante, los nombres de las personas fueron cambiados según las disposiciones de la ley 1090 de 2006 artículo 2 de los principios generales.

REFERENTE CONCEPTUAL

Tomando en cuenta el propósito del presente escrito, es necesario hacer una breve descripción de la psicopatología del *trastorno de ansiedad por separación* y algunos aportes que desde la perspectiva de la psicología cognitivo conductual se han discutido como pilares para la comprensión, evaluación e intervención de este cuadro clínico. Entre otros, se retoman aspectos epidemiológicos, características clínicas, diagnóstico diferencial, etiología, modelos de tratamiento y técnicas utilizadas en la intervención clínica, los cuales surgen producto de las investigaciones que han tomado como objeto de análisis la ansiedad infantil y en especial el *trastorno de ansiedad por separación*.

A lo largo de su desarrollo los niños y las niñas experimentan diferentes emociones, una de ellas, la ansiedad por separación, surge como una respuesta emocional ante una experiencia de angustia al separarse de sus padres o cuidadores. Esta ansiedad temprana es producto de la indefensión, la inseguridad y el temor por lo desconocido, no por capricho, sino por necesidad psicológica y evolutiva (Restrepo, 2007). La ansiedad por separación es vista como un fenómeno normal, esperable, obligatorio, que se empieza a manifestar entre los 6 u 8 meses de edad y propicia la capacidad de estar a solas, con la contribución activa de la figura de apego disponible (Pacheco & Ventura, 2009).

En otras palabras, si su intensidad es moderada, la ansiedad y el temor a alejarse de las figuras de apego es un mecanismo de protección ante los peligros del entorno, empero, en algunos casos la ansiedad es desproporcionada y puede restringir la funcionalidad, constituyendo así una

alteración psicopatológica, el *trastorno de ansiedad por separación* (Orgiles, Rosa & Cándido 2003).

Restrepo (2007) citando el DMS-III-R, menciona que inicialmente la clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia distinguía tres categorías: trastorno por angustia de separación, trastorno de ansiedad por evitación y trastorno de ansiedad excesiva. Según este mismo autor, la cuarta versión del manual diagnóstico considera que por su gran similitud, los trastornos de ansiedad infantil pueden ser integrados a las categorías establecidas a los adultos y de esta forma, solo el *trastorno de ansiedad por separación* quedo referido al grupo de *trastornos de inicio en la infancia, niñez o adolescencia*.

Pese a los cuestionamientos por el proceso de homologación entre los trastornos de ansiedad infantil y los trastornos de ansiedad adultos, encontramos que:

Las características principales del trastorno son idénticas en el DSM-V y el DSM-IV, aunque el redactado ha sido modificado algo para representar la ocurrencia del trastorno en adultos. Además, ya no se exige que la edad de inicio sea antes de los 18 años debido a que una notable proporción de adultos informan de un comienzo posterior a esta edad (Bados, 2015, p.4)

Lo anterior, sustenta que los criterios de diagnóstico actuales, enmarcan los síntomas de ansiedad de adultos y niños(as) en una misma categoría, como lo sugieren los criterios del DSM V (APA, 2014), en donde se define la ansiedad por separación como el miedo o ansiedad excesiva

e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego (Tabla 1). Cabe aclarar según el DSM V (APA, 2014) para el diagnóstico de niños/as y adolescentes se requiere que la ansiedad perdure durante al menos cuatro semanas y cause malestar significativo en la esfera social, académica u otras áreas importantes del funcionamiento humano.

Tabla 1

Criterios según el DSM-V para el diagnóstico del trastorno de ansiedad por separación (TAS)

A. Miedo o ansiedad excesiva o inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a la separación de aquellas personas por las que siente apego, puesta de manifiesto por al menos tres de las siguientes circunstancias: 1. Malestar excesivo o recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego. 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que pueden sufrir un posible daño, como una enfermedad, un daño, calamidades o muerte. 3. Preocupación excesiva o persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p.ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de apego. 4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de la casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación. 5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares. 6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego. 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación. 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p.ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómito) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego. B. El miedo, la ansiedad o la evitación persistente, dura al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos. C. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. D. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental, como rechazo a irse de casa por resistencia excesiva al cambio en un trastorno del espectro del autismo; delirios o alucinaciones concernientes a la separación en trastornos psicóticos; rechazo a salir sin alguien de confianza en la agorafobia; preocupación por la salud, enfermedad u otro daño que pueda suceder a allegados u otras personas significativas en el trastorno de ansiedad generalizada; preocupación por padecer una enfermedad en el trastorno de ansiedad por enfermedad.
--

Por otra parte, el CIE-10 (OMS, 1994/2000) describe síntomas casi idénticos para este trastorno, al que denomina trastorno de separación en la infancia, recalando que solo se debe diagnosticar si la edad de inicio de la sintomatología sea menor a los 6 años y si no está asociado

a un trastorno emocional, comportamental, de la personalidad o por consumo de sustancias psicotrópicas (Bados, 2015).

A nivel epidemiológico, distintos autores (Hernández, Bermúdez, Spence, González, Martínez, Aguilar & Gallegos, 2009; Pacheco & Ventura, 2009; Orgiles et al. 2003; Santacruz, Orgiles, Rosa, Méndez & Olivares, 2002) refieren que el trastorno de ansiedad por separación es uno de los trastornos más comunes en la infancia, con una prevalencia anual promedio del 4% según datos del DSM-V (APA, 2014), además se resalta el ligero predominio del trastorno en niveles socioeconómicos bajos, una mayor frecuencia en niñas en población general y cuando se trata de población clínica no se registran diferencias entre sexo. Otros datos epidemiológicos señalan que la edad promedio de los niños(as) que padecen este trastorno es la infancia media, entre los 7 y 9 años, sin embargo, no se descarta que puede darse incluso en la etapa preescolar (Pacheco & Ventura, 2009).

En Colombia hacia el año 2003 se realizó el primer Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM) encontrando:

El trastorno de ansiedad es el de mayor prevalencia en Colombia con 19,3%, frente a otros trastornos (estado de ánimo y uso de sustancias). Tres de cada diez mujeres y dos de cada diez hombres han presentado trastornos de ansiedad alguna vez en la vida. La región Pacífica y Bogotá D.C. muestran la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad alguna vez en la vida. En general los trastornos de ansiedad son los que aparecen a edades más tempranas, seguidos de los trastornos por uso de sustancias y por último los trastornos afectivos. (Posada, Buitrago, Medina & Rodríguez, 2006, p. 33)

Entre otros datos mencionados en el ENSM (2003) y relacionados con el presente escrito, se encuentra que los trastornos de ansiedad son los de aparición más temprana y que su inicio va desde los 6 años hasta los 24 años. Igualmente se encontró que el trastornos de atención (5 años), la fobia específica (7 años) y el trastorno de ansiedad por separación (8 años) son los padecimientos que afectaron a los entrevistados en edades más tempranas.

Por otra parte Ospina, Hinestrosa, Paredes, Guzmán & Granados (2011) realizaron un estudio con 538 niños y adolescentes entre los 10 y 17 años, estudiantes de colegios ubicados en el Municipio de Chía – Cundinamarca, buscando conocer la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos a través de la aplicación de las escalas SCARED (Screen for Child Relate Disorders) y CDI (Childrens Depresión Inventory). Los resultados refieren que de la población encuestada el 37% reportaba síntomas sugestivos de ansiedad, los síntomas son más frecuentes en las mujeres y si el estudiante pertenece a un colegio público tiene la tendencia a estar más ansioso. Los autores concluyen que en lo que respecta a prevalencia, los resultados (37%) corresponde a lo encontrado en la literatura donde se reporta que la sintomatología ansiosa puede encontrarse entre el 2,6% y el 41,2%.

Lo anterior demuestra la relevancia de la ansiedad y sus diferentes manifestaciones clínicas en la población mundial y colombiana, al ubicarla como el problema mental más frecuente entre los trastornos psiquiátricos, sin embargo, la especificidad de la ocurrencia del *trastorno de ansiedad por separación* no ha sido profundizada por estudios en Colombia, lo cual puede proyectar a este cuadro clínico como una problemática de interés para futuras investigaciones.

Por otra parte, el diagnóstico diferencial que permite hacer una correcta valoración de una enfermedad con respecto a otras conocidas, se hace relevante en cuanto como señalan Belloch Sandín & Ramos (2012) y Morrison (2015), la ansiedad está presente en muchos, quizás casi en todos, los trastornos mentales, además que es común que al hablar de este síntoma se utilicen términos similares como son el miedo, la fobia y la angustia, lo cual puede llevar a la confusión.

Inicialmente, es necesario mencionar que los términos ansiedad y angustia tienen una raíz etimológica común (Belloch et al, 2012), proviniendo ambas de la palabra indogermánica *Angh*, que significaba estrechez y constricción, y también malestar o apuro, sin embargo, por largo tiempo se ha hecho la diferenciación, identificando la angustia con el predominio de componentes físicos (palpitaciones, opresión en el pecho, dolor de cabeza, entre otros) y la ansiedad con el predominio de componentes psíquicos o cognitivos (anticipación del peligro, sensaciones de catástrofe, inquietud, entre otros). No obstante esta diferenciación, la misma autora aclara que actualmente no es relevante esta diferenciación, utilizando exclusivamente el término ansiedad con sus variantes somáticos y cognitivos.

En lo referente a la diferenciación entre la ansiedad y el miedo, para Barlow citado por Belloch et al (2012), el miedo es una alarma primitiva ante un peligro presente, con componentes más biológicos y automáticos, mientras que la ansiedad o como el la nombra “aprensión ansiosa”, es una combinación difusa de emociones, fundamentalmente de naturaleza cognitiva y orientada hacia el futuro.

Complementando lo anterior, Méndez, Olivares & Bermejo (2001) señalaron que la ansiedad y el miedo se diferencian en la naturaleza de los estímulos que las desencadenan y el tipo de respuestas (Tabla 2), mientras en la ansiedad predominan las respuestas encubiertas dependientes de la estimulación interna, en el miedo las respuestas manifiestas son dependientes de la estimulación externas, por ello, para los autores es más fácil para el niño, sus padres o profesores, identificar la situación que desencadena el miedo que aquellas que le generan ansiedad.

Tabla 2

Diferencias entre ansiedad y miedo

Grado de concreción estimular	
Menor	Mayor
Ansiedad	Miedo
Sistema de respuesta predominante	
Cognitivo	Motor
Ansiedad	Miedo

Manual de psicología clínica infantil y adolescente (2002)

En este sentido, el DSM V (APA, 2014) distingue al miedo como una respuesta emocional ante una amenaza real o imaginaria donde se dan pensamientos de peligro, conductas de huida y accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, en el caso de la ansiedad la define como una respuesta anticipatoria a una amenaza futura asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.

De otra parte, los aportes de Pacheco & Ventura (2009) sugieren que el diagnóstico diferencial debe distinguir primero el *trastorno de ansiedad por separación* de la *ansiedad normativa (esperada)*, para lo cual proporcionan algunas distinciones de factores de implicación clínica que facilitan el proceso de diagnóstico entre las que encontramos la edad de aparición, desarrollo

evolutivo, intensidad de la ansiedad, pensamiento, temperamento, entre otras, y que son descritos en la Tabla 3.

Tabla 3

Comparación clínica de la ansiedad por separación vs trastorno de ansiedad por separación

Variable	Ansiedad por separación	Trastorno de ansiedad por separación
Edad de aparición	Entre los 6 meses y 5-6 años	Entre los 3 y 18 años (no es absoluto) Preferentemente después de los 6 años
Desarrollo evolutivo	Ansiedad acorde al nivel de desarrollo mental Ansiedad que permite al niño desarrollarse Tiene carácter adaptativo	Ansiedad desproporcionada al nivel de desarrollo mental Ansiedad que retrasa el desarrollo emocional del niño Es desadaptativa
Intensidad de la ansiedad	La expresión de la ansiedad a la separación de a figura de apego es de intensidad similar a la ansiedad que ocurre en otras situaciones La ansiedad anticipatoria es de baja intensidad y mejor regulada	La expresión de la ansiedad a la separación de la figura vinculada de es de gran intensidad y mayor a la ansiedad expresada en situaciones habituales Intensidad de la ansiedad anticipatoria y preocupaciones excesivas al alejamiento de la figura de apego
Pensamiento	Las ideas de daño o muerte en relación a las figuras de apego son menos intensas y tolerables	Las ideas de daño o muerte a las figuras de apego son relevantes, perturbadoras y con respuestas catastróficas
Temperamento	El egocentrismo y las relaciones empáticas son mejor moduladas Autoestima bien regulada	Egocentrismo marcado, requiriendo constante atención de los padres Tendencia a la baja autoestima
Estilos de apego observado	Estilo de apego seguro Vinculación sincrónica y armónica	Estilo de apego inseguro Vinculación asincrónica y disarmónica
Reacción de la diada a la separación	En la observación clínica, la diada madre – hijo se aprecia frecuentemente armónica y tranquila frente a la separación	En la observación clínica la diada madre – hijo en su conjunto se aprecia tensionada y sobre activa a situaciones de separación
Padres y familia	Familias por lo general funcionales Padres contenedores Frecuentemente ausencia de psicopatología ansiosa en la familia	Familias con tendencia a ser aglutinadas Padres generalmente protectores e inseguros Probable psicopatología ansiosa en otros miembros de la familia.
Eventos vitales	Eventos de vida negativos infrecuentes	Presencia de eventos de vida negativo (experiencias o riesgos de separaciones traumáticas tempranas)
Efectos psicosociales	La ansiedad no interfiere con el funcionamiento del niño aunque lo puede tensionar o inquietar Sin deterioro en áreas importantes (colegio, relaciones sociales)	La ansiedad interfiere con el funcionamiento del niño y causa deterioro en al menos un área importante de su vida (colegio, relaciones sociales)
Escolaridad	Rechazo escolar está ausente, y si lo hay es transitorio	Rechazo escolar evidente y muchas veces infranqueable
Comorbilidad	Rara asociación a trastornos psiquiátricos	Con frecuencia se asocia comorbilidad psiquiátrica (otros trastornos de ansiedad y/o depresión)

Pronóstico	Tendencia a la regresión y remisión espontánea La resolución ayuda a la autonomía emocional y a las relaciones interpersonales seguras	El trastorno se inicia en la infancia y puede prolongarse hacia la adultez, pudiendo asociarse a psicopatología de tipo ansioso o de ánimo depresivo
------------	---	--

Revista Chilena de Pediatría (2009)

Siguiendo con el análisis diferencial, Méndez et al (2001) consideran necesario que en el proceso de diagnóstico se tomen en cuenta las diferencias con las fobias y particularmente señalan el concepto de la fobia escolar, que fue empleado por algunos autores sin lograr ser definido como un trastorno en los manuales diagnósticos. Esta diferenciación, contempla variables como la gravedad, la edad de inicio y la persistencia que se resumen en la Tabla 4, además señalan que en términos específicos el rechazo o resistencia del niño a ir a la escuela en el *trastorno de ansiedad por separación*, se asocia al temor a la separación y la preocupación excesiva que las figuras de apego pueden sufrir un posible daño (enfermedad, daño, calamidad) o un acontecimiento adverso (perderse, accidentarse, enfermarse), además Pacheco & Ventura (2009) consideran necesario precisar si el rechazo escolar se genera por una situación escolar abusiva (*bullying*) que produzca ansiedad excesiva a la separación del hogar.

Tabla 4

Diferencias entre el trastorno de ansiedad por separación y las fobias específicas

	Trastorno de ansiedad por separación	Fobias específicas
Gravedad	Mayor	Menor
Inicio	Necesariamente antes de los 18 años	No necesariamente antes de los 18 años
Persistencia	4 semanas como mínimo	6 meses como mínimo (en menores de 18 años)

Manual de psicología clínica infantil y adolescente (2002)

Para concluir el ejercicio de diferenciación del *trastorno de ansiedad por separación*, Pacheco & Ventura (2009) exponen algunas diferencias con otros trastornos; en el trastorno de ansiedad

generalizada destaca que la ansiedad excesiva no aparece solo ante la separación de la figura de apego, sino que también en otros temas de temor para el niño como el rendimiento académico y la salud de los padres; en las crisis de angustia o pánico la ansiedad es excesiva por el temor de sufrir o repetir una crisis y no al separarse de las figuras de apego y en la fobia social el temor se centra en sentirse expuesto ante los demás.

Por otra parte, en lo concerniente a la etiología del *trastorno de ansiedad por separación*, Santacruz, Orgiles, Rosa, Sánchez, Méndez & Olivares (2002) consideran que desde el enfoque cognitivo conductual, el origen y mantenimiento de los trastornos de ansiedad se asocia a procesos de condicionamiento o por aprendizaje social, donde la predisposición biológica y la vulnerabilidad psicológica influye en su aparición, mientras que el ambiente condiciona la forma como el niño afronta las situaciones ansiosas. Específicamente, sobre el *trastorno de ansiedad por separación* se menciona que la ausencia de separaciones breves de los padres produce la falta de habituación del niño a permanecer sin ellos, además determinados sucesos estresantes como el inicio de la escolarización, la hospitalización o muerte de un familiar aumentan la vulnerabilidad a reaccionar con ansiedad ante las separaciones.

Como ya se mencionó, estos autores resaltan el papel del aprendizaje y sobre esta hipótesis coinciden con Méndez et al (2001) al señalar que algunos padres potencian el apego excesivo y la dependencia, considerando que el poder reforzante del apego prevalece sobre el coste psicológico de la sobreprotección, lo cual genera poca autonomía y la búsqueda de contacto y protección paterna.

Las apreciaciones anteriores están relacionadas con los aportes de Restrepo (2007) y Pacheco & Ventura (2009) respecto al papel del apego en la regulación de la ansiedad, estos autores refieren la teoría del apego de Bowlby según la cual los seres humanos aprenden a regular sus reacciones emocionales a partir del vínculo construido con la madre o cuidadores principales. Entre los tipos de apego los autores argumentan que tanto el tipo *ansioso / evitativo* y el tipo *ansioso / resistente*, llevan a una organización vincular insegura que se caracteriza con excesiva ansiedad o inseguridad materna y conlleva la mayor probabilidad de sufrir trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia.

A nivel de factores etiológicos familiares, Pacheco & Ventura (2009) refieren que las familias de tipo aglutinadas construyen vínculos afectivos demasiado estrechos que alteran el desarrollo emocional y afectan el desarrollo de la autonomía. Para los autores estos ambientes familiares se caracterizan por control excesivo de sus miembros y la sobreprotección, lo que puede llevar a suponer que el mundo es un lugar peligroso y fomentar en el niño temores injustificados.

Entre otros factores etiológicos, Bados (2015), Pacheco & Ventura (2009) señalan que la presencia de trastornos de ansiedad o afectivos en los padres es un factor que aumenta la probabilidad de los hijos de padecer *trastorno de ansiedad por separación*. La apreciación anterior también es referida en el DSM V (APA 2014), donde describe que este trastorno tiene un alto porcentaje de heredabilidad (73%).

El siguiente punto trata del proceso de evaluación del *trastorno de ansiedad por separación*, señalando que desde el enfoque cognitivo comportamental existen diferentes aportes conceptuales.

Por una parte Orgiles, Espada & Méndez (2005) manifiestan que mediante este proceso se examinan las reacciones de ansiedad en aspectos como tipo de respuesta, intensidad, duración, frecuencia, estímulos antecedentes y consecuentes, así como las consecuencias en el niño y su entorno. Entre otras herramientas los autores refieren las pruebas de observación conductual, las escalas de estimación, las escalas visuales y los inventarios como el Cuestionario de Ansiedad de Separación de Inicio Temprano (CAST, 2003).

Complementando lo anterior, Bados (2015) expresa que la entrevista debe indagar tratamientos previos o actuales, recursos o limitaciones del sujeto y sugiere que la fiabilidad de la información suministrada por el niño para los trastornos internalizados (ansiedad, depresión) aumenta con la edad. Así mismo este autor cita a Orgiles et al (2005) para resaltar modelos de entrevista como la Entrevista Para los Trastornos de Ansiedad en Niños (*ADIS-C*) de Silverman et al. (1996) y la Entrevista Clínica Estructurada para Síntomas de Ansiedad por Separación (*SASY*) de Cyranowski y al. (2002). La primera con una versión para niños y una para padres, mientras la segunda está pensada para adultos con una escala específica que mira en retrospectiva los síntomas de ansiedad por separación en la infancia.

En lo que respecta a los cuestionarios Bados (2015) menciona entre otros:

- A. Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia (*CASI*) de Espada, Méndez, Orgiles e Hidalgo que tiene igualmente la versión niños y la versión padre, la cual presenta tres subescalas: malestar por la separación, preocupación por la separación y tranquilidad ante la separación.

- B. Escala para el Trastorno de Ansiedad por Separación para Niños y Adolescentes (Caballo, 2005) que evalúa pensamientos, sentimientos y conductas características del trastorno y que presenta tres subescalas: separación de los padres, soledad y reacciones a la escuela.
- C. Escala para Evaluar la Ansiedad por Separación (Eisen y Schaefer, 2005) que consta de seis subescalas: miedo a estar solo, miedo al abandono, quejas somáticas/miedo a la enfermedad física, preocupación por acontecimientos desastrosos, frecuencia de acontecimientos desastrosos e índice de señales de seguridad.

Para concluir lo referido al proceso de evaluación y tomando en cuenta el principio de empirismo colaborativo propuesto desde el enfoque cognitivo conductamental, suelen ser utilizados los auto registros donde el niño, en función a su edad, registra lo que sucede cuando experimenta el miedo a separarse de los padres (Bados, 2015). Este instrumento puede indagar entre otros, las situaciones desencadenantes, las reacciones somáticas y el nivel de miedo.

Continuando con la descripción teórica, es preciso presentar los procedimientos de intervención terapéutica aplicados a los problemas de ansiedad infantil, siendo necesario resaltar aquellos que tienen mayor relevancia para el tratamiento del *trastorno de ansiedad por separación* desde la terapia cognitivo-conductual, sin desconocer que como gran parte de las técnicas clínicas, estas también pueden ser aplicados a otras problemáticas psicológicas como los miedos, las fobias específicas, entre otros.

En primer lugar es importante mencionar los aportes de Orgiles et al (2005), quienes al hablar de la terapia cognitivo – conductual en la infancia y los tratamientos que se aplican para el *trastorno de ansiedad por separación* sugieren:

“Desde este modelo, se integran diferentes estrategias terapéuticas basadas en la exposición gradual (como la desensibilización sistemática o la exposición gradual), el autocontrol (como la relajación, el auto refuerzo o las autoinstrucciones) y el manejo de contingencias (por ejemplo, los programas de intervención familiar)”.

Estos autores proponen diversos objetivos para la intervención infantil, entre otros, las técnicas descritas pretenden incrementar las conductas de independencia del niño, eliminar las consecuencias (contingencias) que refuerzan la conducta evitativa y disminuir progresivamente el temor del niño aumentando las estrategias afrontamiento y autocontrol del infante.

De otra parte Méndez, Olivares & Bermejo (2001) agrupan en una misma categoría los tratamientos de miedos, fobias y ansiedades específicas, entre otros aportes los autores mencionan que los procedimientos de intervención pueden ser clasificados en:

1. Técnicas del enfoque neo conductista mediacional, donde se resalta la desensibilización sistemática y algunas variantes de este procedimiento como son las imágenes emotivas, la desensibilización en grupo y en vivo, la inundación y la tensión aplicada.
2. Técnicas operantes, donde se incluyen la práctica reforzada y las aproximaciones sucesivas.
3. Técnicas de modelado, incluyendo el modelado en vivo y el modelado simbólico.

4. Técnicas cognitivas como las autoinstrucciones.
5. Terapia de juego y escenificaciones emotivas.

Recientemente Ferrer (2009) nos presenta la propuesta de tratamiento “El gran asustador”, la cual combina estrategias conductuales (enfrenamiento a situaciones temidas, imágenes emotivas) y cognitivas (autoinstrucciones, cuestionamiento de pensamientos automáticos) para proporcionar un marco conceptual que le permita al niño comprender su problema y el papel que él juega en su tratamiento. En palabras de Ferrer (2009), “es fundamental, en los tratamientos infantiles proporcionar un marco conceptual, desde la lúdica y la imaginación, con el cual los niños logren integrar todos los aspectos del tratamiento” (p.148).

La técnica “El gran Asustador”, ha sido principalmente probada en el trastorno de ansiedad por separación y según Ferrer (2009) está basada en aportes teóricos como el concepto de ansiedad Barlow (1988), el cuestionamiento de pensamientos automáticos de la ansiedad propuesto por Beck (1983), la utilización de imágenes creada por Lazarus y Abramovitz (1979), el entrenamiento en autoinstrucciones planteado por Menchembaum (1969) y el enfrentamiento a las situaciones temidas creado por Marks (1986) y reestructurado a partir de las experiencias de Antony y Barlow (1997).

Según Ferrer (2009) es necesario aclarar que esta técnica no se divide en sesiones y no define que se hace en la primera o segunda sesión, sin embargo para lograr su objetivo se consideran necesarios los siguientes pasos:

1. Explicación del concepto de ansiedad.
2. Explicación de las características emocionales de la ansiedad.
3. Explicación de las tres manifestaciones de la ansiedad.
4. Preparación para el enfrentamiento y afianzamiento del empirismo colaborativo.
5. Explicación de la necesidad de cuestionar la credibilidad de los pensamientos automáticos de la ansiedad.
6. Cuestionamiento de los pensamientos automáticos de la ansiedad.
7. Enfrentamiento a las situaciones de ansiedad, con la utilización del cuestionamiento.
8. Enfrentamiento real.

Por otra parte, profundizando en las particularidades de la terapia cognitivo comportamental (TCC) aplicada a niños(as), es importante resaltar como menciona de Stern que “las palabras no son suficientes” (2002 citado por Gomar y Mandil, 2007, p.8), por lo cual esta autora destaca que en el abordaje de las problemáticas psicológicas con los niños, es importante apoyarse en la acción a través del juego y los dibujos como herramientas terapéuticas que motivan, facilitan la comunicación, permiten el cambio de creencias y de circuitos de interacción.

Respecto al juego en la TCC con niños(as), se han resaltado las propiedades terapéuticas al favorecer cambios cognitivos y conductuales, además “varios autores sostienen que el juego no es solamente un medio para aplicar otros procedimiento terapéuticos, sino que es terapéutico en sí mismo” (Gomar y Mandil, 2007, p.8). Complementando lo anterior, son importantes los aportes de Aguilar y Espada citados por Gomar y Mandil (2007), respecto a la clasificación y características de los juegos estructurados y los juegos no estructurados.

Los juegos estructurados tienen reglas, normas e instrucciones preestablecidas, además “Pueden servir para iniciar una actividad cualquiera con un niño poco verbal, resistente o desmotivado. Puede ser un distractor o una actividad reforzante, que permita al niño bajar las defensas” (Gomar y Mandil, 2007, p.9).

En el caso del juego no estructurado, este suele ser útil en el proceso de evaluación y entre sus características podemos mencionar que “requiere de un ambiente con muchos juguetes de manera que el niño pueda escoger tanto el juguete como el juego que desea realizar” (Gomar y Mandil, 2007, p.10). Además, se menciona que es el más utilizado, ya que por medio de los muñecos se puede representar a personajes reales (padres, maestros, pares) e imaginarios (magos, héroes), que le permiten al terapeuta conocer cómo se manifiestan conflictos y ayudan al niño “a entender hechos, relaciones o aspectos de su pensamiento y desarrollar habilidades sociales o de afrontamiento” (Gomar y Mandil, 2007, p.10).

Por otra parte, al hablar de los cuentos en la TCC, Gomar y Mandil (2007) reseñan el uso de material psicoeducativo adaptado a los niños, dando como ejemplo a “Rubén, el niño hiperactivo”, de Manuel García Pérez y “Mis miedos y yo”, de Ilena Capullo. Además se pueden implementar cuentos o fábulas tradicionales, haciendo uso según el tipo de problemática presente en el niño y aportando metáforas e imágenes que promuevan la creatividad.

Desde lo propuesto por Gomar y Mandil (2007), para el uso del juego y los cuentos en la reestructuración cognitiva, pueden utilizarse ilustraciones, marionetas, historias con globos con diálogos psicoeducativos o vacíos, herramientas que pueden ayudar en el registro de pensamientos

disfuncionales y promover posibles pensamientos alternativos que faciliten el afrontamiento de las problemáticas abordadas (miedo, ansiedad, entre otras).

Para Gomar y Mandil (2007), la técnica del modelado también puede ser enriquecida con juegos y cuentos, enseñando por medio de personajes (modelos) habilidades sociales, asertividad y resolver situaciones de conflictos interpersonal estresantes, incluso el niño puede representar un muñeco de trapo para facilitar el entrenamiento en respiración profunda y relajación del muscular.

De igual manera, Gomar y Mandil (2007, p.10) resaltan la utilidad de los juegos y los cuentos en las intervenciones que trabajan el control impulsos, las cuales por medio de ejercicios como “el semáforo para los pensamientos”, enseña a los niños a detenerse (tarjeta roja), analizar alternativas de solución (tarjeta amarilla) y llevar a cabo una alternativa decidida (tarjeta verde) para afrontar conflictos interpersonales o manejar el enojo.

Además de las técnicas e intervenciones expuestas anteriormente, es necesario definir los principios que guían la TCC con niños(as), entre los cuales se distingue la premisa según la cual “los pensamientos ejercen influencia en las emociones y la conducta” (Gomar y Mandil, 2007, p.7). Complementando lo anterior, Beck y Clark consideran que “existe evidencia empírica concerniente a que la intervención en el procesamiento individual de información, presenta importante incidencia sobre las manifestaciones emocionales y comportamentales.” (1997 citado por Gomar y Mandil, 2007, p.7).

Desde esta perspectiva, los procesos cognitivos están fuertemente influenciados por las creencias que sobre sí mismo, el mundo y el futuro, construyen a lo largo del desarrollo las personas; dichas creencias o esquemas “funcionan como lentes que guían la percepción, recuperación, procesamiento e interpretación de la información” (Gomar y Mandil, 2007, p.8).

Profundizando sobre la TCC en niños(as) se encuentra que “autores, como S. Knell prefieren considerar el pensamiento disfuncional en los niños como maladaptativo, en vez de irracional. Esto es importante, ya que puede resultar problemático considerar como distorsiones cognitivas a las modalidades de procesamiento que son normales a determinado nivel del desarrollo evolutivo” (1999, citado por Gomar y Mandil, 2007, p.8).

Asimismo, los aportes de P. Kendall refieren la necesidad de diferenciar entre el déficit cognitivo al que define como “la falta de un procesamiento cognitivo efectivo, observable por ejemplo, en el niño desatento que se aproxima a un problema de modo impulsivo e irreflexivo” (1993 citado por Gomar y Mandil, 2007, p.); y las distorsiones cognitivas que califica como “la creencia o actitud fundada en una lógica irracional o distorsionada, como podría manifestarse en un adolescente depresivo que sistemáticamente minimiza sus habilidades o el apoyo que recibe de otros mientras que maximiza o sobredimensiona sus defectos y responsabilidades en eventos negativos”(1993 citado por Gomar y Mandil, 2007, p.8).

En este sentido, P. Kendall citado por Gomar y Mandil (2007) clasifica las patologías en trastornos internalizadores y trastornos externalizadores; en el primero, prevalecen las distorsiones cognitivas y se incluyen la depresión y los trastornos de ansiedad, las cuales requieren desde el

proceso terapéutico de experiencias en consulta, tareas para la casa y/o el colegio, que ayuden a cuestionar las interpretaciones disfuncionales. Por otra parte, en los llamados trastornos externalizadores, prevalece el déficit cognitivo, por lo cual el proceso terapéutico “estará orientado a proveer al niño herramientas destinadas a ejercitar las funciones de control ejecutivo poco desarrolladas. Se incluyen estrategias de autocontrol, detenerse y pensar alternativas y/o entrenamiento en resolución de problemas” (Gomar y Mandil, 2007, p.8).

Avanzando en los postulados que aportan a la comprensión del *trastorno de ansiedad por separación*, es importante destacar que distintos autores han proporcionado conceptos y/o procesos que facilitan la comprensión de la ansiedad infantil desde los postulados cognitivos – comportamentales. En este sentido, Restrepo (2007) resalta el papel de los “esquemas”, los cuales dirigen gran parte de la actividad psicológica del niño al seleccionar, modular e inclusive distorsionar la información que proviene del exterior, guiando las respuestas ante la realidad.

De manera similar, Ekermmar destaca la evaluación cognitiva, la cual es entendida “como el proceso mediante el cual el niño selecciona e interpreta la información que le es ofrecida por el medio” (1974, citado por Restrepo, 2007, p.122). Este proceso es trascendental en la vivencia de la ansiedad, en donde el infante ante determinadas condiciones del ambiente, activa los componentes informacionales que hacen referencia a los estados de ansiedad y como sugieren Lazarus y Folkman “inicia toda una cadena de actividad cognitiva, parte de la cual se prolongara en cuanto al tiempo y en la que se incluyen pensamientos complejos, acciones y reacciones que harán posible respuestas adaptativas magníficamente armonizadas e incluso sucesivas” (1986, citando por Restrepo 2007, p.122).

De otra parte, Spielberger citado por Restrepo (2007), describe la diferencia entre el “Estado de Ansiedad” y la “Ansiedad Rasgo”. La primera es comprendida como una fase emocional transitoria donde el niño experimenta ante un evento o situación desencadenante, sentimientos aprensión y temor, y una alta activación del Sistema Nervioso Autónomo. Por su parte, la “Ansiedad Rasgo” representa la tendencia del niño a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes y la predisposición a responder continuamente con estados elevados de Ansiedad (1966, citado por Restrepo, 2007, p.122).

Complementando lo anterior, Restrepo (2007) refiere que la evaluación cognitiva está fuertemente ligada a los llamados sesgos cognitivos, los cuales son entendidos como la tendencia del niño a elegir la información que se relaciona con la vivencia de malestar y ansiedad, descartando cualquier información contraria a esta idea. Sobre esto Restrepo citando a Sadin, Belloch y Ramos, sugieren que “las personas que padecen de trastornos de ansiedad procesan selectivamente la información relevante a la ansiedad” (1988, citado por Restrepo, 2007, p. 123). En relación a lo anterior, Restrepo (2007) resalta la asociación entre los sesgos cognitivos y la codificación de la información, según la cual el niño selecciona la información relacionada con la ansiedad, con ella construye representaciones internas que afianzan información inoperante que solo sirve para cultivar disfuncionalidades afectivas como la ansiedad.

Fortaleciendo estos conceptos, Restrepo (2007) destaca la importancia de la vulnerabilidad cognitiva en la génesis y sustento de los problemas de la ansiedad infantil, lo cual significa que el niño(a) no dispone en cantidad y calidad de recursos comportamentales y cognitivos para afrontar

las amenazas ambientales, siendo así que en esta etapa de desarrollo la vulnerabilidad es más alta y trae mayores consecuencias.

Lo dicho hasta aquí, permite considerar que desde el enfoque cognitivo comportamental, la génesis de los trastornos psicológicos en la infancia (incluyendo *el trastorno de ansiedad por separación*), se ve determinada por procesos cognitivos como la evaluación, codificación y los sesgos cognitivos, que interactúan con los incipientes “esquemas” contruidos por el niño según sus limitados recursos, llevándolo, en el caso puntual de ansiedad por separación, a construir la idea de un mundo donde sus figuras de apego, sufrirán de diferentes situaciones que los alejaran de manera definitiva.

FORMULACION DEL CASO CLINICO

Información general del caso

Con la intención de proteger la identidad del consultante y su familia, los nombres y otros datos de identificación fueron cambiados, de la misma manera es importante resaltar que debido a que el paciente índice es menor de edad, antes de iniciar el proceso de intervención se informó a sus padres sobre las condiciones del mismo, explicándoles a través del formato de consentimiento informado (ver anexo 1), el cual fue aceptado y firmado por ellos.

El paciente índice es el niño Camilo Vargas de 8 años de edad, residente en el municipio de Piedecuesta, cursa primero de primaria en una institución oficial, es hijo único de la unión entre Elizabeth y Martín, quienes debido a sus ocupaciones laborales delegan en la abuela materna, parte de las funciones de cuidado y acompañamiento escolar de Camilo.

El paciente índice llega al servicio de psicología del Instituto de Familia y Vida remitido por el psicólogo del Colegio, quien menciona comportamientos como retraimiento, dispersión, aislamiento y apego excesivo hacia sus cuidadores, lo que lleva a no asistir al colegio solo. Durante la primera sesión los padres mencionan como motivo de consulta “Camilo no se queda solo en el colegio, grita y llora, le toca quedarse a la abuela”, además, exponen que esta situación se presenta por el temor del niño a que ellos no regresen.

Luego de la entrevista con los padres el paciente ingresa al consultorio, se realiza el examen mental evidenciando estado de ánimo caracterizado por la ansiedad y el temor, evita el contacto visual y su actitud ante el proceso fue resistente y poco colaborador. Los padres manifiestan que Camilo generalmente es colaborador y obediente, por lo que esta conducta puede deberse a timidez por ser la primera sesión de trabajo.

A nivel de la historia familiar se conoce que la madre quedó embarazada a los 15 años, presentó condiciones emocionales como tristeza y temor, las cuales se asocian a las complicaciones físicas y a que el padre se encontraba fuera de la ciudad. Asimismo, durante el embarazo se dio el fallecimiento de un hermano de la madre, razón por la cual los padres optaron en ponerle el nombre de él a su hijo. Respecto al trabajo de parto se conoce que fue inducido, se llevó a cabo cesárea que duró aproximadamente tres horas sin que se hayan requerido cuidados neonatales posteriores, además, los padres mencionan que en los primeros años el paciente presentó varios accidentes, resaltando la caída de un segundo piso y la hospitalización durante una semana por pielonefritis aguda.

Los padres comentan que hacia los dos años el niño vivió con una tía que lo maltrataba físicamente y lo dejaba encerrado solo en la casa; al enterarse de esto, el paciente regresó a vivir con ellos. También exponen que en este periodo Camilo ingresó a la guardería, de donde es retirado por presentar “principios de leucemia” que le impidieron estudiar durante ocho meses aproximadamente y retomó su proceso educativo en un Hogar Infantil del ICBF en el que cursó los grados pre jardín y jardín.

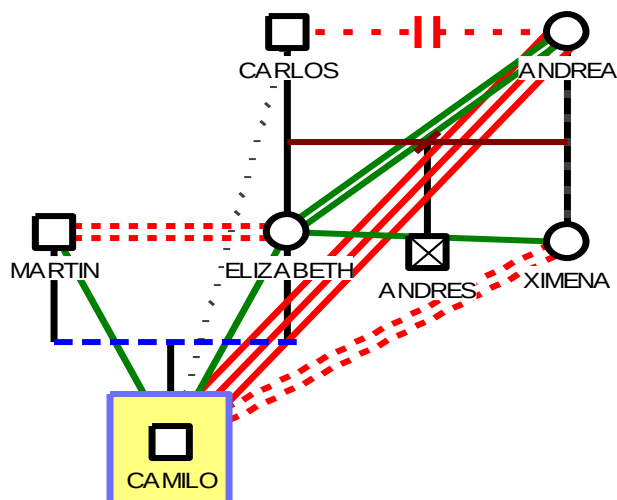
Posteriormente, el paciente inicia el grado de transición en el mismo colegio que se encontraba durante el proceso de intervención, la madre expresa que antes de finalizar el año un niño que lo agredía, lo “tropezó” y le hizo perder un diente, trayendo como consecuencia que al año siguiente el paciente se negó a seguir en este colegio. En razón a lo anterior, los padres decidieron matricularlo en una institución privada, en donde el paciente presentó dificultad para la adaptación debido al temor que le producía separarse de los padres y lo cual lo llevó incluso a escaparse del colegio en una oportunidad, luego de lo cual la institución le retiró el cupo, quedándose sin estudiar todo el año.

Durante el proceso de evaluación e intervención, el niño cursaba primero de primaria y refirieron que no lograba quedarse en el colegio sin la compañía de su abuela, quien inicialmente permanecía en el aula de clases pero luego empezó a esperarlo en la cafetería o en otros lugares del colegio; sobre esto se destaca que cuando el paciente no la observa, reacciona con temor, intenta salir de la institución y no ingresa a sus clases. La remisión también señala sobre el bajo rendimiento académico asociado a la dificultad para asimilar conocimientos en cuanto a construcción de fonemas, silabas, palabras, frases y cifras, así mismo destaca la “poca habilidad para relacionarse con sus pares” y “la actitud de aislamiento que maneja el estudiante al preferir estar solo”.

Los padres expresan su preocupación por que al paciente le cuesta quedarse solo incluso en la casa, comparte cama con su abuela aunque tiene su propia habitación y expresa temores excesivos

que no dejan a la abuela realizar otras actividades. Así mismo, la institución educativa le ha solicitado a la familia se brinde atención interdisciplinaria que le permita al paciente superar las dificultades presentadas y que impiden avances en el desarrollo educativo y social del estudiante.

Genograma Familiar



Nombre	Edad	Parentesco	Nivel de escolaridad	Ocupación
Camilo Gómez	8	Hijo	1ero Primaria	Estudiante
Martin Gómez	28	Padre	Bachiller	Solador
Elizabeth Rueda	23	Madre	Técnico	Prácticas (SENA)
Andrea Beltrán	52	Abuela	Bachiller	Modista
Ximena Rueda	26	Tía	Pregrado	Contadora

El paciente índice hace parte de una familia extensa, es hijo único de la unión entre Elizabeth y Martin quienes son novios desde que se encontraba terminando el bachillerato, conviven en unión libre desde el nacimiento de Camilo y han variado el lugar de residencia entre sus familias de origen. Actualmente conviven con la tía y la abuela materna, esta última asume el cuidado y la

crianza del niño para facilitar que los padres trabajen o estudien, además hace el acompañamiento escolar y según los padres es la persona encargada por lo general de aplicar la disciplina.

En lo que se refiere a los vínculos afectivos, se identifica que la relación de los padres con el paciente es armónica, en ocasiones debido al temor del niño optan por castigarlo físicamente sin lograr resultados, pese a esto y como una forma de compensar el poco tiempo que los padres le dedican al paciente, los fines de semana comparten actividades deportivas como jugar fútbol, montar bicicleta, ir al cine, a centros comerciales o salir a comer. Se debe agregar, que en el mismo barrio viven la abuela paterna, los padrinos y una tía, los vínculos familiares son cercanos entre ellos y los primos comparten espacios de juego donde el paciente rara vez se muestra ansioso, resaltando estos encuentros como espacios significativos desde perspectiva del paciente.

Por lo que se refiere a los conflictos de pareja, en algunas ocasiones estos han conllevado discusiones verbales (insultos) que son presenciadas por el niño y que producen rupturas temporales que refuerzan el temor del niño a perder el cuidado de sus padres. Además el paciente expresa conflictos con la tía materna, que se manifiestan como irrespeto y desobediencia a las indicaciones de ella en el hogar.

Como se ha mencionado anteriormente, la abuela del paciente hace el acompañamiento escolar y afectivo, manifestando que en ocasiones los padres pierden el control fácilmente al momento de abordar el temor del niño por lo cual a ella le corresponde mediar en estas discusiones, también afirma que en otros aspectos los padres tienen dificultad para el acompañamiento del paciente,

como por ejemplo en el momento de realizar actividades escolares e igualmente se conoce que la madre del niño experimenta miedos injustificados al quedarse sola en la casa por la noche, y cuando esto pasa, llama a su esposo u otros familiares para que la acompañen y es común que el paciente la acompañe al momento de estas crisis nerviosas.

ANALISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

En el proceso de evaluación e intervención del paciente y según los presupuestos de la psicología cognitivo comportamental, se realizó el análisis funcional de la conducta, el cual, permitió identificar “las relaciones funcionales, causales o no causales, importantes y controlables” (Kaholokula, 2013), además esta herramienta fue fundamental para distinguir los problemas de comportamiento, los efectos, las posibles causas y el valor o forma de estas relaciones. A partir de lo anterior, se ha identificado que Camilo presenta varios problemas como son el rechazo a separarse de sus padres en el colegio o la casa y la resistencia a dormir sin estar cerca de un cuidador.

En lo que se refiere al rechazo a separarse de sus padres, este problema se agudizó producto de un hecho de acoso escolar donde el paciente perdió un diente, luego de esto se negó a seguir en el colegio y los padres decidieron cambiarlo a otra institución donde se presentó por primera vez este problema y que lo llevó incluso a ser retirado, quedando desescolarizado durante todo un año. Además, es preciso resaltar que al momento de iniciar el proceso de evaluación, Camilo se encontraba estudiando nuevamente en la institución donde se presentó el acoso escolar, lo cual

aumentó el temor a quedarse sin sus padres o cuidadores, influenciado por la preocupación excesiva de que él o ellos pueden sufrir algún tipo de daño que impida su reencuentro.

Otro aspecto que se registra como causa del excesivo miedo a la separación de los cuidadores, son los conflictos de pareja en los que se presentan agresiones verbales y la posterior separación temporal de los padres. La abuela refiere que en algunas ocasiones las discusiones se han dado frente al niño, por lo cual este ha terminado involucrado, ya que entre los motivos de discusión se encuentra el hecho de que él no puede permanecer en el colegio sin su abuela.

En lo que respecta al miedo a dormir sin la compañía de un cuidador, este es causado por la exposición a películas de terror o video juegos con alto contenido de violencia, cuando esto ocurre, el paciente en las noches se imagina o tiene pesadillas con los personajes de las películas, después de esto no logra dormir y se pasa a dormir con su madre o abuela. Igualmente, se encontró que la madre del paciente experimenta temor a permanecer sola en la casa por el miedo a seres imaginarios (fantasmas), en algunas ocasiones, el paciente ha presenciado las reacciones de miedo trayendo como efecto en el niño el modelamiento del miedo a seres imaginarios y el temor a estar solo.

Por otra parte, las diferentes situaciones que llevaron al retiro o cambio de institución educativa, influyen en la capacidad de afrontamiento de Camilo, quien tiende a ver las situaciones como superiores a sus capacidades, requiriendo de la ayuda de los padres y/o cuidadores para la solución de las dificultades o incluso condicionando conductas evitativas.

Igualmente, el proceso de evaluación ha permitido registrar que al momento de la separación, el paciente grita, llora y se aferra al cuidador, razón por la cual en el caso de la institución educativa, la abuela ha optado por ingresar al colegio con él y quedarse en el salón de clases. Otro aspecto identificado señala que cuando los cuidadores optan por regañarlo o pegarle, se produce mayor temor en el paciente, al punto que se niega a entrar al colegio y deben llevarlo a la casa donde queda al cuidado de la abuela.

Los vínculos afectivos estrechos y la sobreprotección consecuencia de las enfermedades y situaciones vividas a lo largo de su proceso educativo, influyen directamente en el temor del niño a permanecer solo y dormir sin alguno de los cuidadores. Lo anterior se evidencia cuando los padres o cuidadores, ante los problemas o dificultades que enfrenta el paciente, optan por disminuir la exigencia e incluso suelen salvarlo evitando que adquiera habilidades de afrontamiento, por ejemplo cuando se levanta por una pesadilla lo dejan dormir con la abuela o madre, cuando se niega a quedarse en el colegio, la abuela permanece durante toda la jornada en el salón.

El análisis funcional de Camilo, en forma de diagrama analítico funcional aparece en la Anexo 2, se apoya en los símbolos explicados Kaholokula (2013) y pretende de forma resumida, describir la especificidad del análisis funcional del presente caso.

HIPOTESIS EXPLICATIVA

El miedo o ansiedad vivido por Camilo, puede ser comprendido desde los planteamientos propuestos por Orgiles, Espada y Méndez (2005) donde se identifica que los diferentes eventos estresantes y traumáticos (enfermedad, acoso escolar) han aumentado la vulnerabilidad del paciente a reaccionar con ansiedad ante las separaciones cotidianas. Así mismo, es importante mencionar que la vulnerabilidad se presenta también a nivel cognitivo y está relacionada con la edad del paciente, siendo que los eventos estresantes se han presentado desde etapas muy tempranas del desarrollo y no han permitido que Camilo desarrolle recursos y habilidades que le permitan enfrentar las exigencias del entorno.

Por otra parte, cuando el paciente ha vivido estos sucesos, la familia ha incrementado sus conductas sobreprotectoras, fomentando el apego excesivo y la dependencia, trayendo como consecuencia la poca autonomía y la necesidad de protección paterna que demuestra Camilo al enfrentarse a situaciones difíciles y que incluso se puede ver en el rechazo del niño a dormir sin estar cerca de un cuidador. Esta hipótesis explicativa, puede complementarse con las ideas de Bowlby citadas por Restrepo (2007), según las cuales las familias que establecen un apego de tipo ansioso resistente, no permiten que el niño desarrolle esquemas que le den seguridad y estabilidad frente en relación consigo mismo y el mundo.

Los problemas del paciente también pueden ser explicados mediante procesos de aprendizaje por reforzamiento operante como mencionan Orgiles, Espada y Méndez (2005); en este caso, los

padres y cuidadores intentan que el niño duerma y asista al colegio solo, sin embargo, ante el rechazo y ansiedad del niño, desisten del intento y dejan que él duerma con ellos o en el caso del colegio la abuela permanece en el aula durante las clases, reforzando con ello la dependencia del niño hacia ellos. A su vez, cuando Camilo acompaña a su mamá en las noches, ha presenciado reacciones de miedo a seres imaginarios que conllevan al aprendizaje por observación teniendo como modelo a su progenitora.

Complementando lo anterior, se encuentra que los eventos estresantes han sido relacionados por el paciente con la ausencia de los padres o cuidadores (condicionamiento clásico), por lo cual al momento de separarse de ellos, como menciona Ferrer (2007), el paciente experimenta un fuerte afecto negativo, acompañado de la sensación que el futuro es impredecible e incontrolable. Así mismo, durante el momento en que se presenta la separación, Camilo centra su atención en la ansiedad experimentada sin poder dirigir su atención en el mundo exterior, lo cual le impide distinguir entre las amenazas reales y las imaginarias, igualmente selecciona solo aquella información que se relaciona con esta emoción y desestima la información contraria, presentando con ello un sesgo cognitivo que le impide detener la excesiva preocupación que le supone separarse de sus padres.

Las manifestaciones de ansiedad y temor del paciente, permiten distinguir en Camilo una tendencia a percibir las circunstancias ambientales como amenazantes, o en palabras de Spielberger citado por Restrepo (2007), el niño presenta un Rasgo de Ansiedad que lo predispone

a responder, con frecuencia, con fuertes estados de ansiedad y que se ha constituido en un elemento cotidiano e inflexible, que lo lleva a temer a múltiples circunstancias.

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA DE ACUERDO AL DSM V

(F93.O) **Trastorno de ansiedad por separación** [309.21]

Especificador de curso: **Episodio único**

Especificadores de gravedad: **No refiere**

Especificadores de remisión: **En remisión parcial**

Gravedad actual: **Moderado**

PROCESO DE EVALUACION E INTERVENCION

En el procedimiento terapéutico desarrollado con Camilo, se realizaron un total de 12 sesiones, de las cuales 8 fueron sesiones individuales y 4 sesiones con los padres de familia. Una vez iniciado el proceso terapéutico, se establecieron los objetivos terapéuticos de acuerdo con las expectativas del paciente, los padres y retomando las observaciones descritas por la remisión de la institución educativa, dividiendo el proceso de la siguiente manera:

Sesión 1-2: Establecimiento del motivo de consulta y recolección de datos de historia personal y familiar relevantes para el tratamiento (padres y cuidadores).

Sesión 3: Establecimiento de rapport con el paciente, encuadre (rol del psicólogo clínico, reglas del proceso terapéutico) y percepción del niño respecto al motivo de consulta.

Sesión 4-5: Explicación del concepto, características motivacionales de la ansiedad y entrenamiento en relajación y respiración profunda.

Sesión 6: Explicación de las manifestaciones (fisiológico, cognitivo, comportamental), preparación para el enfrentamiento y entrenamiento en autoinstrucciones.

Sesión 7: Cuestionamiento de los pensamientos automáticos de la ansiedad y ejercicio de exposición gradual a situaciones temidas.

Sesión 8: Psicoeducación de padres y cuidadores en los principios de las técnicas operantes.

Sesión 9: Enfrentamiento a las situaciones de ansiedad utilizando las técnicas desarrolladas en la intervención (entrenamiento en relajación, autoinstrucciones, cuestionamiento de pensamientos automáticos).

Sesión 10: Práctica reforzada y modelamiento en vivo (paciente, padres y cuidadores).

Sesión 11: Evaluación del progreso, prevención de recaídas y recomendaciones (padres y cuidadores).

Sesión 12: Cierre del proceso (paciente).

Evaluación

En el proceso de evaluación, debido la ansiedad identificada en Camilo en la primera sesión, se inició trabajando con los padres y luego se procedió a hacer la evaluación con el paciente. En ambos casos, el proceso de evaluación se centró en conocer los antecedentes personales y familiares, la historia del problema, los recursos del paciente y las relaciones funcionales que median en la adquisición y mantenimientos de las conductas objetivo de la intervención. A continuación se describen los instrumentos empleados para la evaluación.

Cuestionario de antecedentes: Esta es una herramienta útil para obtener una descripción detallada del historial de desarrollo, social, médico y educativo del niño, al igual que información sobre la familia (Sattler y Hoge, 2008). En lo relativo a Camilo, se utilizó como guía en el proceso de entrevista con la familia, por lo cual al momento de llenar el cuestionario se profundizaba en cada pregunta, abordando tópicos como el problema actual, historia educativa, embarazo, primeros años, antecedentes médicos personales y familiares, manejo de disciplina y actividades del niño.

Compleción de oraciones: Esta técnica trata de proporcionar al paciente fragmentos de oraciones y después se registran las respuestas (Sattler y Hoge, 2008), esta herramienta es comúnmente utilizada con jóvenes y niños, permite sondear con mayor profundidad un determinado tema. En cuanto al paciente índice, se realizaron modificaciones (Anexo 3) a la guía descrita por Sattler y Hoge (2008), para lo cual se propuso una competencia de baloncesto, cuando el terapeuta encestará el paciente debía completar algunas de las oraciones y cuando el paciente lo hiciera el que respondía era el terapeuta.

Autoregistro (caricatura con globos para llenar): Son entendidas como “anotaciones estructuradas de conductas puntuales que el sujeto lleva a cabo en lugares indicados y durante el tiempo recomendado” (del Barrio, 2002). Para lograr motivar al paciente a registrar los pensamientos experimentados al momento de vivir la separación de sus padres, se le entregaron imágenes con globos para rellenar (Anexo 4), indicándole que como tarea debe anotar “las películas asustadoras del Gran Asustador le dice” y así identificar los pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad.

Proceso de intervención

A partir del análisis de los problemas encontrados en el proceso de evaluación y el análisis funcional de la conducta, se establecieron en la fase de intervención los siguientes objetivos: A) Disminuir las respuestas fisiológicas de la ansiedad en el paciente. B) Promover el empirismo colaborativo brindando explicaciones sobre las características y componentes de la ansiedad. C)

Identificar y cuestionar los pensamientos automáticos de la ansiedad. D) Enfrentamiento progresivo y gradual de las situaciones temidas. E) Reforzar los avances diarios del niño en el hogar o colegio. Para el logro de estos objetivos se utilizaron las siguientes técnicas de intervención:

El gran asustador: Esta propuesta es una herramienta mediante la cual se promueve la comprensión del niño sobre el problema de la ansiedad (Restrepo, 2007), más allá de ser un tratamiento alternativo, busca mediante la lúdica e imaginación, proporcionarle al niño explicaciones que le ayuden comprender su problema, motivándolo a participar en la solución y guiándolo en el desarrollo de habilidades para superar la ansiedad.

Entrenamiento en relajación Las diferentes variantes de esta técnica buscan reducir la tensión fisiológica de la ansiedad (Orgiles et al, 2005) y lograr que los pacientes mantengan un nivel tolerable, que les permita centrarse en los aspectos cognitivos de la ansiedad. Específicamente en el proceso de intervención con Camilo se aplicaron los pasos del proceso tradicional acompañado de técnicas basadas en la imaginación.

Entrenamiento en respiración profunda: Busca por medio de control de la respiración, lograr la disminución de la activación fisiológica excesiva (Orgiles et al, 2005), por ejemplo con Camilo se realizaron ejercicios enseñándole a respirar con inspiraciones lentas y profundas, apoyándose en una vela encendida la cual debía soplar haciendo oscilar la llama sin apagarla.

Entrenamiento en autoinstrucciones: Se focaliza en los componentes cognitivos de la respuesta de ansiedad y pretende modificar las verbalizaciones internas e introducir en el repertorio mental del niño, instrucciones encubiertas que conlleven a modificar positivamente el comportamiento manifiesto por medio de auto verbalizaciones para emplear a (Orgiles et al, 2005). Para el caso de Camilo se utilizaron juegos como tangram, ajedrez y jenga, acompañado de auto verbalizaciones que le ayuden a afrontar los problemas que propone cada juego.

Cuestionamiento de los pensamientos automáticos de la ansiedad: Apoyados por la propuesta “El Gran Asustador” descrita por Ferrer (2007), se enseña al paciente a cuestionar la validez y la utilidad de los pensamientos automáticos. Para ello la herramienta le propone al niño utilizar el dialogo socrático e interrogar las ideas del gran asustador, “por ejemplo, cuando aparezcan esos pensamientos de amenaza en tu mente, pregúntate ¿dónde está la prueba de que eso es cierto y está pasando?” (Ferrer, 2007, p 156).

Enfrentamiento de situaciones temidas: Ante los logros de Camilo en el control de sus respuestas fisiológicas y el cuestionamiento de los pensamientos automáticos, se le expuso progresivamente a las situaciones que activaban su ansiedad. En razón a lo anterior se le propone al paciente “Cuando El Gran Asustador este allí, activo, tratando de asustarte, tratando de asustar a tu cuerpo, a tu mente y a tu comportamiento, tú le vas a decir de forma firme: Gran Asustador ya no me convences. Sé que todos los pensamientos que produce mi mente cuando tu esta, son mentiras” (Ferrer, 2009, p.157). De esta manera, progresivamente el paciente aumentará su

confianza y gradualmente ira haciéndole frente a las situaciones de separación que le producen ansiedad.

Entrenamiento a padres en los principios de las técnicas operantes: Al igual que en otras problemáticas, el papel de los padres en el proceso de intervención requiere de enseñarles a “premiar los pequeños avances del niño y a dejar de reforzar conductas que, aunque parecen aliviar la angustia del paciente, no hacen sino prolongarla” (Clínica de ansiedad, 2015). Al respecto, en acuerdo con los padres se utilizó la técnica de la economía de fichas (Anexo 5), la cual permitió dar refuerzos (fichas) inmediatos ante logros conductuales cotidianos del paciente, luego del cual los padres cambiaron las fichas por refuerzos más significativos para Camilo.

Descripción del proceso:

En vista de la ansiedad identificada durante en la sesión inicial, fue necesario durante la segunda sesión, hacer una indagación profunda y detallada con los padres y cuidadores del niño respecto a la historia del problema, antecedentes del desarrollo, enfermedades, accidentes entre otros, encontrando variables que explican el surgimiento y mantenimiento de la ansiedad, las cuales fueron registradas en el análisis funcional de la conducta y permitieron formular las hipótesis explicativas anteriormente descritas.

Después del abordaje con los padres, se estableció que para iniciar el trabajo individual con Camilo, era necesario crear un ambiente de confianza y *rappor*t, por lo cual en la tercera sesión se recibió al niño en la puerta del Instituto de Familia y Vida, se presentó al personal (secretaria, vigilantes, otros practicantes) y se hizo un recorrido por las instalaciones del mismo. En esta sesión a través de imágenes previamente preparadas, se realizó el encuadre explicando el rol del psicólogo y las normas del proceso terapéutico, además siguiendo las recomendaciones propuestas por Gomar y Mandil (2007) que menciona que el juego estructurado es una herramienta que permite hablar más fácil de los problemas con los niños, se diseñó un juego de baloncesto en el consultorio con ayuda del cual se indagó por medio del instrumento completación de oraciones la percepción del paciente sobre los problemas de ansiedad.

En las sesiones cuatro y cinco, se trabajó con la propuesta “El Gran Asustador” descrita por Ferrer (2007), mediante la cual se le explicó al paciente el concepto y motivaciones de la ansiedad. Además, en vista que Camilo presentaba una alta respuesta fisiológica de la ansiedad, se propuso como meta controlar este componente por medio de las técnicas de relajación infantil y respiración profunda. En el caso de la respiración, como ya mencionó anteriormente, se hizo por medio de una vela que el paciente debía soplar haciendo oscilar la llama sin apagarla, una vez el paciente logró seguir las instrucciones y manejar la respiración, se inició la relajación muscular según las indicaciones propuestas por Orgiles et al (2005). Para facilitar la relajación infantil y la respiración profunda, se propuso como tarea de esa semana realizar ejercicios de 15 minutos diarios con apoyo de la abuela, además se le entregaron al niño imágenes con globos con los cuales registró para las siguientes sesiones, las ideas que se le vienen a la mente cuando aparecía “El Gran Asustador” y de esta manera conocer los pensamientos automáticos relacionados con la ansiedad del paciente.

En las sesiones seis y siete se retomó la propuesta “El gran Asustador” para lograr que Camilo conociera y diferenciara entre los componentes fisiológicos, los cognitivos y los comportamentales de la ansiedad, y seguir motivando la actitud participativa en la solución de sus problemas. Igualmente en estas sesiones se propuso como objetivo que el paciente por medio del autoregistro dejado de tarea, identificara los pensamientos automáticos que se activan al enfrentarse a la separación de los padres y cuidadores, iniciando además el cuestionamiento de los mismos por medio del diálogo socrático y el entrenamiento en autoinstrucciones. Para facilitar el proceso se utilizaron juegos como jenga, tangram y ajedrez, instruyéndolo para decir en voz alta el movimiento y mostrándole que en muchas ocasiones nos damos indicaciones verbales de cómo hacer ciertas tareas. De esta manera se le enseñó a Camilo a hacerle preguntas a “El Gran Asustador”, cuestionar los pensamientos automáticos y apoyarse en instrucciones verbales que le permitieran enfrentar las situaciones temidas.

Retomando los hallazgos del análisis funcional de la conducta donde se identificó el refuerzo de las conductas de dependencia y apego excesivo, la octava sesión tuvo por objetivo el entrenamiento de los padres en los principios de las técnicas operantes, buscando se brinden refuerzos a los pequeños logros de Camilo al enfrentar las situaciones temidas, se abstengan de reforzar comportamiento evitativos por parte del paciente y reflexionar respecto al modelamiento que hace la madre del temor a permanecer solo. Como estrategia de intervención se concertó el trabajo con la técnica de economía de fichas, se definieron los puntos, los refuerzos y la metodología de la técnica y los padres se comprometieron a implementarla en el hogar.

Uno de los objetivos propuestos consistió en el enfrentamiento progresivo de las situaciones temidas, para esto en las sesiones nueve y diez, por medio de preguntas y diálogos verbales se enseñó al niño a cuestionar los pensamientos automáticos que activan la ansiedad ante las separaciones. Para lograr este objetivo se retomó la propuesta “El gran Asustador” y los ejercicios de relajación infantil y respiración profunda, dejando al niño solo en uno de los salones del Instituto, durante periodos de tiempo que fueron aumentando progresivamente. Además, en esta sesión la abuela compartió que Camilo asistió durante una semana solo al colegio, igualmente menciona mejoras parciales ante el rechazo de dormir sin los cuidadores, sin embargo en las noches se levanta asustado y llora, por lo cual el padre lo ha acompañado en su habitación mientras se duerme o incluso ha pasado la noche con él. En estas sesiones se hace seguimiento de la implementación de la economía de fichas y la abuela expresa que el niño se muestra motivado, sin embargo los padres no están haciendo uso adecuado de la técnica y en algunos casos intercambian las fichas o las entregan para conductas que no fueron establecidas en el ejercicio terapéutico.

En virtud de los avances de Camilo y las observaciones realizadas por la abuela, en la sesión once se abordaron diferentes aspectos con los padres, haciendo un repaso de los problemas del paciente, las acciones terapéuticas implementadas y los objetivos terapéuticos propuestos. La familia se mostró atenta y refirieron mejora en el motivo de consulta del paciente, se retomó la metodología de la técnica economía de fichas, recomendando evitar introducir por ahora conductas diferentes no acordadas en terapia y mantener el foco en reforzar las conductas en las cuales el paciente muestra superación del temor a la separación. Así mismo se abordó con la familia el cierre del proceso terapéutico, brindando información sobre el manejo de recaídas y recomendando a la madre iniciar proceso de atención personal para abordar los miedos referidos a estar sola en la

noche. Además se definió la finalización del proceso terapéutico con Camilo, acordando con los padres celebrar una pequeña reunión con otros integrantes de la familia, donde el terapeuta dará un diploma a logros obtenidos por el paciente y la familia le reconocerá al niño la superación de sus miedos.

Para la sesión de cierre con Camilo, con ayuda de la propuesta “El Gran Asustador” se repasaron los pasos seguidos a lo largo de proceso terapéutico, además se hizo uso de la biblioterapia leyendo el cuento “Una pesadilla en el Armario” de Mayer (2003). Este espacio posibilitó que el paciente comprendiera el cierre del proceso apoyados en la superación del temor que hace el personaje de la historia. Se finalizó la sesión con la entrega por parte de los padres de un premio acordado en la economía de fichas y el terapeuta entregó un diploma en reconocimiento (Anexo 6) por la colaboración del paciente en la terapia y por lograr vencer a “El Gran Asustador”.

RESULTADOS

El proceso terapéutico permitió que el paciente comprendiera y controlara los aspectos fisiológicos de la ansiedad que se presentaban al momento de separarse de los padres o cuidadores. Los ejercicios de relajación y respiración, promovidos por medio de instrucciones verbales, juegos y con el apoyo lúdico la propuesta “El Gran Asustador”, funcionaron en conjunto para permitir que Camilo mantuviera los niveles fisiológicos de la ansiedad en niveles tolerables.

Igualmente se posibilitó la distinción de los pensamientos que surgían al enfrentarse a las situaciones temidas, introduciendo verbalización, instrucciones y preguntas que le ayudaron a Camilo a cuestionar la validez y utilidad de estos pensamientos. En este punto fueron vitales los aportes realizados por las técnicas de autoinstrucciones y “El Gran Asustador”, donde el paciente elaboró repertorios para motivarse a permanecer sin los padres y vencer “las películas asustadoras”. En relación a lo anterior, es preciso resaltar que la motivación del niño por el proceso terapéutico aumentaba en la medida que se introdujeron herramientas de imaginación y lúdicas de la propuesta “El Gran Asustador” y juegos como el jenga, el tangram y el parqués, afirmando los supuestos que proponen al juego como una herramienta trascendental en la atención psicológica de los niños.

Por otra parte los padres y cuidadores de Camilo, comprendieron la importancia del refuerzo de las conductas que promueven el afrontamiento de situaciones temidas y reconocieron que sus acciones pueden marcar el paso a la dependencia o autonomía del paciente. En este sentido se observó la necesidad de dar instrucciones a los padres para el manejo de conducta de Camilo y el fortalecimiento de los principios de reforzamiento operante, utilizando la técnica de economía de fichas. De igual manera se logró explicar a los padres el proceso de modelamiento que ejercía la madre del paciente al manifestar sus miedos en el niño y el refuerzo de conductas de ansiedad por medio de la sobreprotección parental.

Por otra parte, la intervención realizada permitió incrementar en el paciente la actitud de afrontamiento y colaboración respecto a la solución de sus problemas, retomando durante todo el

proceso de las ayudas verbales descritos por la propuesta “El Gran Asustador” y logrando que el niño aprendiera a afrontar el temor a la separación.

DISCUSIÓN

A partir de los conocimientos adquiridos en la formación académica de la especialización en Psicología Clínica, se lograron poner en práctica las herramientas de evaluación y las técnicas de intervención que desde un enfoque cognitivo conductual se han diseñado para el abordaje la ansiedad por separación. Se pudo evidenciar la utilidad del enfoque cognitivo conductual en el abordaje de los trastornos relacionados con la ansiedad infantil, para lo cual se requirieron integrar técnicas cognitivas, procedimientos de condicionamiento operante, el juego como herramienta terapéutica y la propuesta de intervención “ El Gran Asustador”.

Así mismo, se evidenció que la psicología clínica infantil, es una disciplina en la que se requiere de creatividad y numerosos recursos, de tal manera que los niños/as, puedan encontrar en la terapia un espacio lúdico - educativo para desarrollar soluciones a sus problemas emocionales y comportamentales. Como mencionan Gomar y Mandil, “las palabras no son suficientes” (2007), se requiere de adaptar el juego a las necesidades particulares de cada niño/a y sus problemas, sin embargo, el juego cuenta con las características que pueden ayudar a que el proceso terapéutico sea atractivo y divertido para los niños/as.

Desde una mirada cognitiva conductual, se puede concluir que cuando los niños/as experimentan situaciones vitales estresantes a corta edad, pueden desarrollar vulnerabilidad cognitiva que los lleva a temer a la separación de los padres. Además, las familias pueden reforzar las conductas de apego excesivo, enseñando a los niños a depender del cuidado continuo de los padres.

Para la intervención de los problemas de ansiedad infantil, la psicología cognitivo conductual cuenta con técnicas que disminuyen la activación fisiológica de la ansiedad, cuestionan los pensamientos automáticos y enseñan a los niños a enfrentarse el temor a la separación. Además, los padres son vitales en los proceso de intervención de la ansiedad infantil, requiriendo se les instruya en las herramientas para reforzar que los niño/as enfrenten las situaciones temidas y evitar el reforzamiento de las conductas evitativas.

CONCLUSIONES

Para la evaluación e intervención de los problemas de ansiedad por separación, es necesario reconocer el efecto que producen las situaciones estresantes vividas a temprana edad y las acciones que la familia emprende para afrontarlas. Estos elementos pueden llevar a que los niños influenciados por su corta edad, desarrollen el temor o ansiedad a separarse de los padres, afectando entre otros su proceso educativo y social.

El análisis del caso permitió confirmar los aportes de la teoría del apego respecto a la regulación emocional, específicamente se encontró que ante las situaciones estresantes de sus hijos/as, los padres experimentan miedo o ansiedad, por lo cual tienden a reforzar la dependencia y aumentar las pautas de sobreprotección, buscando evitar que sufran nuevas situaciones. Sin embargo, estas acciones pueden llevar a que los niños/as construyan esquemas o pensamientos según los cuales el mundo es un lugar peligroso o incluso llevarlos a temer a situaciones imaginarias.

La psicología cognitivo conductual reconoce e implementa diferentes herramientas de evaluación e intervención que se ajustan a las características y necesidades de los niños. Entre ellas la propuesta “El Gran Asustador”, brinda un marco conceptual que desde la lúdica y la imaginación, ayuda a los niños/as a comprender y cuestionar los aspectos fisiológicos y cognitivos que se presenta en las situaciones que le producen ansiedad. Con el “El Gran Asustador” las técnicas de intervención tradicionales se enriquecen, brindando al niño/a una explicación de la ansiedad, al tiempo que lo reta para combatir “El Gran asustador” al cuestionar los pensamientos y enfrentar progresivamente las situaciones temidas.

La relajación muscular y la respiración profunda son técnicas terapéuticas que en el presente caso permitieron disminuir las respuestas fisiológicas que acompañan la ansiedad, en ambos casos se cuentan con adaptaciones para los niños/as niñas, las cuales promueven el juego y la imaginación, ayudando a que la experiencia terapéutica sea motivante y entretenida para el consultante.

En las diferentes etapas del proceso clínico, fue esencial el aporte del juego como herramienta terapéutica, posibilitando la construcción de confianza y la representación de las situaciones temidas. Los juegos estructurados permitieron con sus instrucciones, entrenar al niño en las auto verbalización que ayudan a combatir los pensamientos que generan y mantienen la ansiedad por separación.

RECOMENDACIONES

El Instituto de Familia y Vida cuenta con una sala de juegos para la atención de niños/as, siendo este espacio un recurso que puede enriquecerse mediante la dotación de herramientas didácticas o terapéuticas como cuentos, banco de fichas, muñecos, juegos de mesa, entre otros.

Es importante incluir dentro de los procesos de formación de la especialización en psicología clínica, la profundización en temas relacionados con la evaluación e intervención de niños/as, siendo que el trabajo con esta población requiere de herramientas y propuestas ajustadas a sus necesidades y características.

Para lograr la intervención integral y exitosa de los casos de ansiedad infantil, se recomienda integrar de forma activa a la familia, esto a partir del análisis del caso y lo encontrado respecto a la relación de los procesos de reforzamiento y aprendizaje de la ansiedad, e igualmente destacando el papel de la familia en el afrontamiento de situaciones estresantes.

Durante el presente trabajo se identificó la necesidad de producir material didáctico relacionado con la evaluación e intervención psicológica de niños/as, incluso se recomienda realizar estudios para el diseño de material relacionado con “El Gran Asustador”, que sirvan como apoyo al proceso lúdico e imaginativo en que se basa esta técnica.

A fin de generar reportes actualizados de las sesiones terapéuticas y facilitar el seguimiento de los tutores de prácticas, se recomienda al Instituto de Familia y Vida estudiar el uso de software de historias clínicas, los cuales permiten a los estudiantes diligenciar de forma virtual los avances de las sesiones y al supervisor corregir y calificar estas anotaciones.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5. – 5ª ed. Buenos Aires, Argentina: Medica Panamericana.

Bados, A (22 de mayo de 2015). Trastorno de ansiedad por separación, rechazo escolar y fobia escolar. Universidad de Barcelona. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/>.

Belloch, A. Sandín, B. & Ramos. F. (2009). Manual de Psicopatología Vol. II. Madrid, España: MCGRAW-HIL.

Clínica de la ansiedad Recuperado en mayo 12 de 2015 Disponible <https://clinicadeansiedad.com/problemas/ansiedad-por-separacion/tratamiento-psicologico-de-la-ansiedad-por-separacion/>.

Fernández, R. (2015). Los autoinformes. En Fernández, R. (2), Evaluación psicológica (pp 235-271). Madrid, España: Pirámide.

Ferrer, A (2007). El gran asustador: una propuesta de tratamiento cognitivo conductual para los trastornos de ansiedad en niño. En Ferrer, A. y Gómez, Y. (1), Evaluación e intervención en Niños y Adolescentes: Investigación y Conceptualización (pp 139-62). Medellín, Colombia: La carreta editores.

Gomar, M. y Mandil, J (2004). Acá se juega con los problemas: intervenciones a partir del juego y el dibujo en la clínica cognitiva con niños. CLEPIOS, 13 (1), 7-10.

Hernández, L. Bermúdez, G. Spence, S. González, M, Martínez, J. Aguilar, J & Gallegos, J. (2010). Versión española de la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS). Revista Latinoamérica de Psicología, 42 (1), 13-24.

Kaholokula, J.K et al (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. Clínica y Salud, 24, pp 117-127.

Méndez. F, Olivares. J y Bermejo. R (2001). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobia y ansiedades específicas. En Vicente Caballo y Miguel Ángel Simon. (Pirámide),

Manual de psicología clínica infantil y del adolescente (p): Trastornos generales. Madrid, España: Pirámide.

Ministerio de la Protección Social. (2003). Estudio Nacional de Salud Mental. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones>.

Moreno, J. Escobar, A. Vera, A. Beltrán, D. y Castañeda. I (2009). Asociación entre ansiedad y rendimiento académico en un grupo de escolares. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3 (2), 109-130.

Morrison, J. (2015). DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. – 1er ed. México D.F, México: Manual Moderno.

Orgiles, M. Espada, J. y Méndez, F (2005). Terapia de conducta en los trastorno de ansiedad infantil. En Comeche, M. y Vallejo. *Manual de terapia de conducta en la infancia*, Madrid, España: Dykinson.

Orgiles, M. Méndez, X. Rosa, A. y Cándido, J (2003). La terapia cognitivo – conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19 (2), 193-204.

Ospina, F. Hinestrosa, M. Paredes, M. Guzmán, Y. & Granados, C. (2011). Síntomas de depresión y ansiedad en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años de Chía, Colombia. *Revista Salud Pública*, 13 (6), 908-920.

Pacheco, B. y Ventura, T (2009). Trastorno de ansiedad por separación. *Revista Chilena de Pediatría*, 80 (2), 109 -119.

Posada, J. Buitrago, J. Medina, Y. y Rodríguez (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de los servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *Nova- Publicación científica*, 4 (6), 1-144.

Restrepo, J (2007). Ansiedad en la infancia: Un enfoque cognitivo – conductual. En Ferrer, A. y Gómez, Y. (1), *Evaluación e Intervención en Niños y Adolescentes: Investigación y Conceptualización* (pp 117-137). Medellín, Colombia: La carreta editores.

Santacruz, I. Orgiles, M. Rosa, A. Sánchez, J. Méndez, X & Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: El predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Revista Psicología Conductual*, 10 (3), 503-521.

Sattler, J & Hoge. R. (2008). Evaluación infantil: Aplicaciones conductuales, sociales y clínicas. – 5a ed. México D.F, México: Manual Moderno.

ANEXO 1

INSTITUTO DE FAMILIA Y VIDA CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ Identificado/a con Documento No.-
_____ de _____, como tutora legal
de _____ Identificado/a con Documento No.-
_____ de _____, por medio de la presente autorizo que reciba el
acompañamiento psicológico brindado por el Instituto de Familia y Vida, donde me han aclarado aspectos
relacionados con el proceso de atención psicológica, el pago de honorarios, la asignación de citas, entre
otros.

De igual forma, refiero que he sido informado/a por el o la Psicólogo/a del Instituto de Familia y Vida, de
los objetos del proceso de atención psicológica y sé que la información entregada es **CONFIDENCIAL** y
la Historia Clínica se maneja de acuerdo con lo estipulado en la normatividad vigente (Resolución No. 1995
de 1999; Ley 1090 de 2006). No obstante, sé que soy libre de retirarme del proceso de atención psicológica
en cualquier momento.

Del mismo modo, comprendo y acepto que durante el proceso no existe ni voy a recibir ningún tipo de
retribución económica.

En constancia se firma en _____, a los _____ días, del mes _____
del año _____

FIRMA: _____

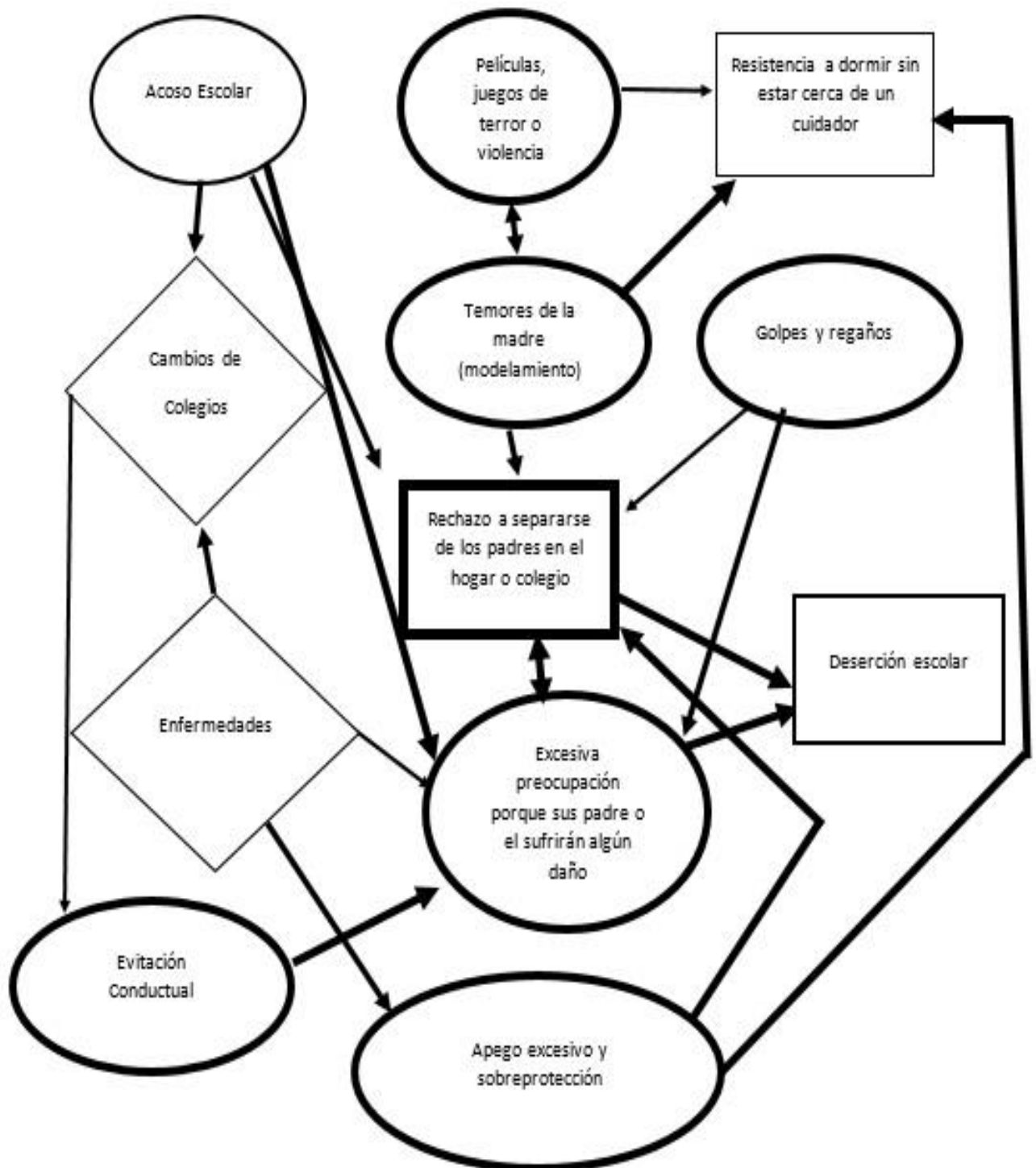
D.I. No.: _____

FIRMA: _____

Psicólogo/a Instituto de Familia y Vida.

ANEXO 2

DIAGRAMA ANALITICO FUNCIONAL



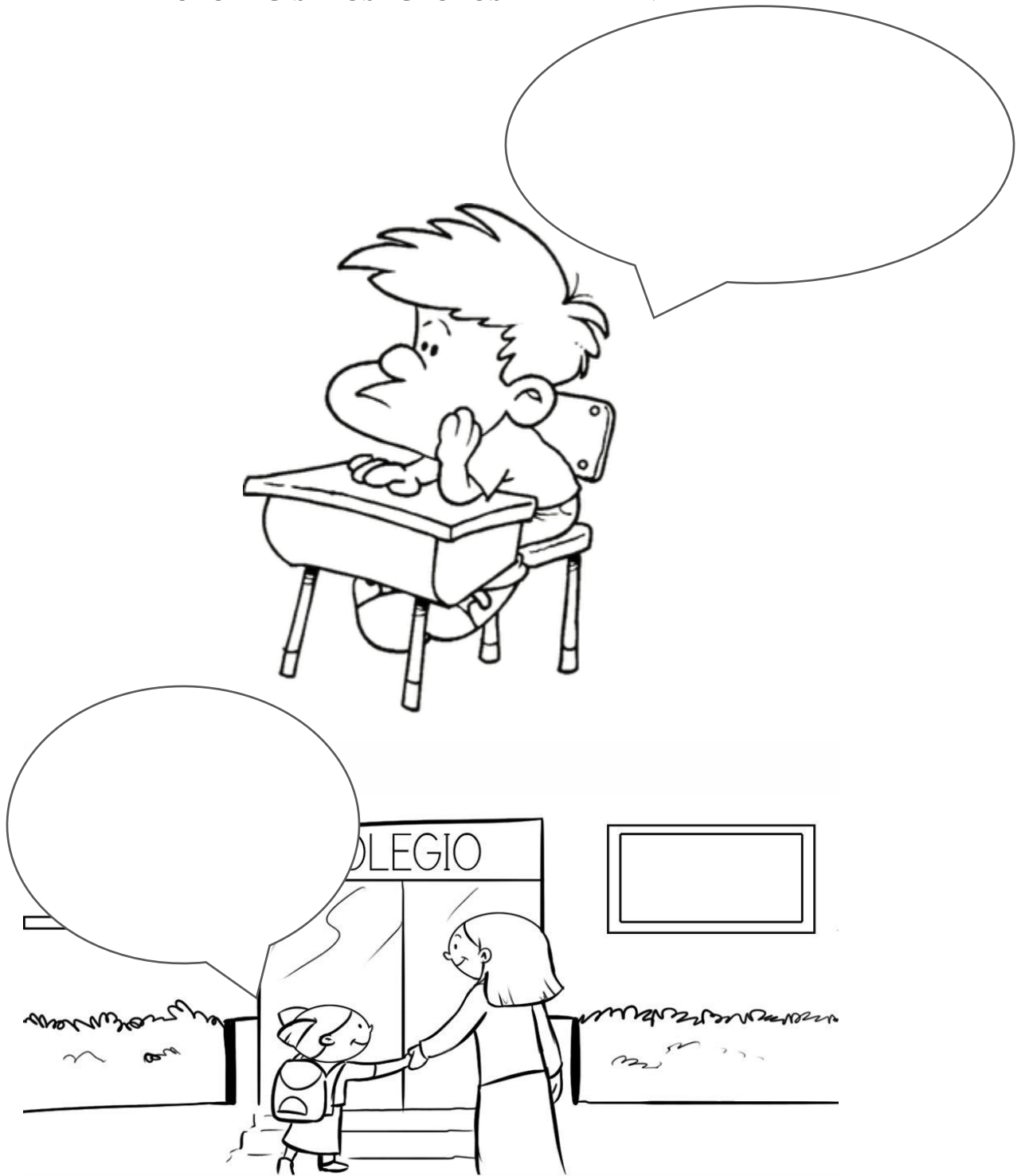
ANEXO 3

COMPLECIÓN DE ORACIONES

1. Mi programa favorito de televisión es _____
2. En la noche _____
3. Mis maestros _____
4. Lo que más me asusta es cuando _____
5. En la escuela por lo general me siento _____
6. Odio cuando _____
7. Soy más feliz cuando _____
8. Mis materias favoritas son _____
9. Mis amigos _____
10. Lo mejor de mi es _____
11. Me gusta _____
12. Lo mejor de mi casa es _____
13. Mi película favorita es _____
14. Mis peores materias son _____
15. Si pudiera cambiar algo de mi familia, sería _____

ANEXO 4

AUTOREGISTROS “GLOBOS PARA LLENAR”



ANEXO 5

ECONOMIA DE FICHAS

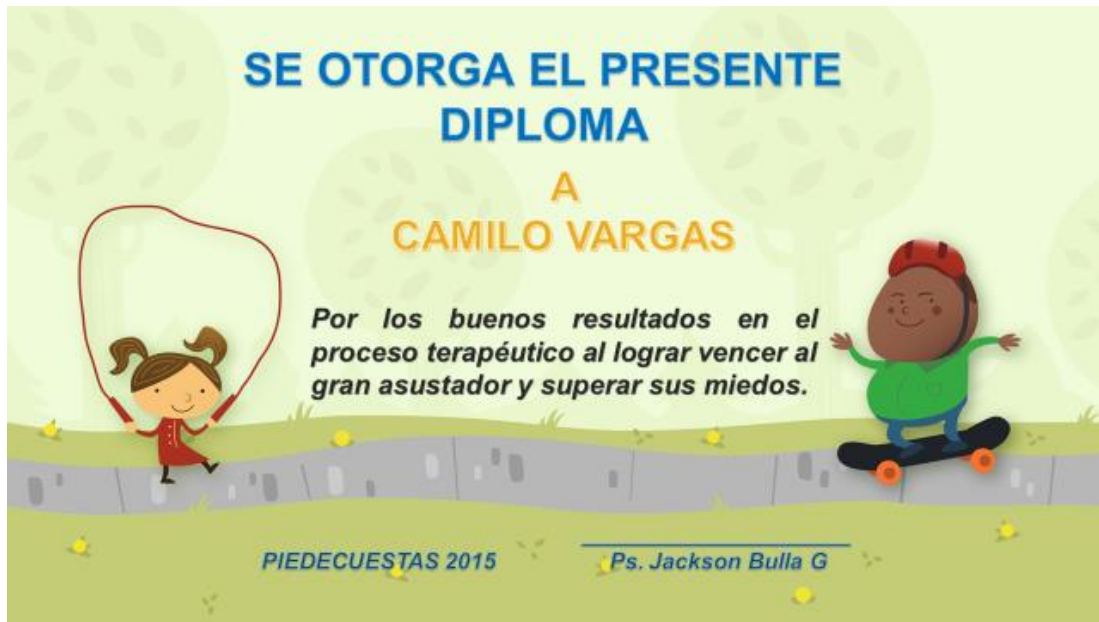
CONDUCTA	OPERATIVIZAR	PRECIO
VENCER AL GRAN ASUSTADOR EN EL COLEGIO: Quedarse en el colegio sin la abuela	Soltarse de la mano con tranquilidad	1 Puntos
	Ingresar la portería del colegio solo	1 Puntos
	Entrar al colegio con la profesora	2 Puntos
	No llorar o gritar cuando la abuela e aleje	2 Puntos
	Quedarse en el salón de clases como los otros niños	2 Puntos
		TOTAL: 8 PUNTOS
VENCER AL GRAN ASUSTADOR EN LA CASA: Dormir solo en su propio cuarto	Dirigirse a su cuarto a la hora establecida	2
	Organizar el cuarto para dormir Solo	1
	Leer un cuento o historieta sentado en la cama	1
	Quedarse dormido solo	2
	Pasar toda la noche en su cama y habitación	2
		TOTAL: 8 PUNTOS

FICHAS DE REFUERZO

	
1 PUNTO	2 PUNTOS

ANEXO 6

ACTIVIDAD DE CIERRE



Sesión de Cierre - Entrega de Diploma