



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**  
**SEDE CENTRAL**  
**Sucre - Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA INTEGRATIVA**

**“TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN: UNA APROXIMACIÓN  
INTEGRATIVA”**

**Tesis presentada para obtener el  
Grado Académico de Magister en:  
“Psicología Clínica Integrativa”**

**ALUMNO: Lic. Iván Salinas Ovando**

**Sucre – Bolivia**

**2013**



**UNIVERSIDAD ANDINA SIMÓN BOLÍVAR**  
**SEDE CENTRAL**  
**Sucre - Bolivia**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN:**  
**PSICOLOGÍA CLÍNICA INTEGRATIVA**

**“TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN: UNA APROXIMACIÓN  
INTEGRATIVA”**

**Tesis presentada para obtener el  
Grado Académico de Magister en:  
“Psicología Clínica Integrativa”**

**ALUMNO: Lic. Iván Salinas Ovando**

**TUTOR: Ps. Mg. Víctor Saavedra**

**Sucre – Bolivia**

**2013**

*A mi madre... te recuerdo cantando,  
hablándome de filosofía mientras tomábamos café,  
escuchándome...*

## Contenido

RESUMEN .....	i
1.1. Justificación .....	3
1.2. Situación problémica .....	4
1.2.1. Planteamiento del problema .....	6
1.3. METODOLOGÍA .....	6
1.3.1. Diseño de la investigación .....	6
1.3.2. Métodos .....	6
1.3.2.1. Método bibliográfico .....	6
1.3.2.2. Método de la sistematización .....	7
1.3.2.3. Método hipotético deductivo .....	7
1.3.3. Objetivos .....	7
1.3.3.1. Objetivo general .....	7
1.3.3.2. Objetivos específicos .....	7
2.1. El Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.) .....	8
2.1.1. Razones para integrar .....	9
2.1.2. Sobre la decantación y síntesis que permite la integración .....	10
2.1.3. Territorios de la integración y fundamento epistemológico del E.I.S. ...	11
2.1.4. Causalidad en el E.I.S. ....	14
2.1.5. Los paradigmas del supraparadigma .....	15
2.2. La psicoterapia integrativa .....	21
2.3. La psicología clínica infantojuvenil .....	22
2.3.1. Antecedentes y trayectoria .....	22
2.3.2. El rol del psicólogo clínico infantojuvenil .....	25
2.3.3. Características peculiares en el trabajo con niños y adolescentes .....	26
2.4. El psicodiagnóstico con niños y adolescentes .....	27
2.4.1. Fines del psicodiagnóstico en la clínica con niños y adolescentes .....	29
2.4.2. Momentos del psicodiagnóstico .....	30
2.4.3. Importancia del encuadre en el trabajo con niños .....	31
2.4.4. Sobre la Psicoterapia Integrativa Infantil .....	32
2.5. SOBRE LA ANSIEDAD INFANTIL .....	33
2.5.1. Angustia, Miedo y Ansiedad .....	33

2.5.2.	Clasificación de los trastornos de ansiedad.....	35
2.6.	Trastornos de Ansiedad en la infancia .....	36
2.6.1.	Epidemiología de los trastornos de ansiedad en niños.....	39
2.6.2.	Sintomatología de los trastornos de ansiedad .....	40
2.6.3.	Dificultades para el diagnóstico de ansiedad en niños .....	42
3.	Etiología de los trastornos ansiosos .....	45
2.7.	Crisis de angustia.....	47
2.7.1.	Diagnóstico de la crisis de angustia.....	48
2.7.2.	Tipos de crisis de angustia .....	54
2.7.3.	Etiología de las crisis de angustia.....	54
2.7.4.	Relación entre el trastorno de ansiedad por separación y las crisis de angustia. ....	57
2.8.	Trastorno de Ansiedad de separación .....	59
2.8.1.	Contextos educativos y TAS.....	61
2.8.2.	Fobia escolar y TAS.....	61
2.8.3.	Datos Epidemiológicos sobre Fobia Escolar.....	64
2.9.	Trastorno de ansiedad por separación y sus delimitaciones conceptuales 65	
2.9.1.	Prevalencia del TAS .....	66
2.9.2.	Características del TAS .....	68
2.9.3.	Manifestaciones del TAS según patrón evolutivo .....	72
2.9.3.1.	Manifestaciones fisiológicas .....	73
2.9.3.2.	Manifestaciones cognitivas/afectivas.....	74
2.9.3.3.	Manifestaciones conductuales.....	76
2.9.4.	Importancia práctica de la diferenciación entre síntomas en la niñez y la adolescencia.....	77
2.10.	Curso del TAS .....	78
2.11.	Diagnóstico diferencial.....	78
2.12.	Cuestiones clave para el diagnóstico del TAS en niños de edad escolar 80	
2.11.	DESARROLLO DE ENFOQUES DEL TAS DESDE PARADIGMAS DEL SUPRA PARADIGMA .....	83
2.11.1.	Paradigma biológico .....	83

2.11.1.1.	Etiología .....	83
2.11.1.1.1.	Mecanismos de la respuesta de estrés.....	83
2.11.1.1.2.	Temperamento y genética .....	86
2.11.1.1.3.	Activación psicofisiológica.....	89
2.11.1.1.4.	Diferenciación sexual .....	90
2.11.1.2.	Tratamiento desde el paradigma biológico.....	91
2.11.1.2.1.	Farmacoterapia.....	92
2.11.1.3.	Conclusiones sobre el análisis del paradigma biológico en el TAS 97	
2.11.2.	Paradigma cognitivo .....	100
2.11.2.1.	Etiología del TAS desde el punto de vista cognitivo.....	100
2.11.2.1.1.	Ambiente y cogniciones .....	100
2.11.2.1.2.	Diálogos internos .....	101
2.11.2.1.3.	Psicología genética de Piaget, la inteligencia como una variable interviniente en los trastornos de ansiedad.....	106
2.11.2.1.3.1.	El estadio sensoriomotor .....	107
2.11.2.1.3.2.	El estadio preoperacional .....	107
2.11.2.1.3.3.	Estadio de las operaciones concretas .....	108
2.11.2.1.3.4.	Estadio de las operaciones formales .....	110
2.11.2.2.	Tratamiento del TAS desde el paradigma cognitivo conductual..	110
2.11.2.2.1.	Características de la intervención cognitiva-conductual .....	111
2.11.2.3.	Conclusiones sobre el análisis del paradigma cognitivo en el TAS 117	
2.11.3.	Paradigma ambiental Conductual.....	120
2.11.3.1.	Etiología de los trastornos de ansiedad .....	120
2.11.3.1.1.	Aprendizaje de las respuestas ansiosas y de evitación .....	120
2.11.3.1.2.	Diversidad de miedos .....	122
2.11.3.1.3.	Importancia del ambiente.....	126
2.11.3.1.4.	Una clasificación sobre la Fobia Escolar.....	128
2.11.3.2.	Tratamiento desde el paradigma conductual: .....	130
	La Desensibilización Sistemática .....	132
	La inundación/implosión .....	133
	El Modelado .....	134

La práctica reforzada.....	134
2.11.3.3. Conclusiones sobre el análisis del paradigma conductual en el TAS	136
2.11.4. Paradigma sistémico .....	139
2.11.4.1. Etiología del TAS la teoría del apego.....	139
2.11.4.2. La ansiedad por separación normal .....	140
2.11.4.3. Puntos de contacto entre la teoría del apego y el concepto de TAS	142
2.11.4.5. Factores de riesgo identificados para el apego inseguro .....	143
2.11.4.6. Dos tipologías diferentes en los trastornos de ansiedad infantil..	145
2.11.4.7. Patrones de interacción familiar en la ansiedad por separación .	146
2.11.4.8. Conclusiones sobre el análisis del paradigma conductual en el TAS	148
3.1. SÍNTESIS DE RESULTADOS PARADIGMA BIOLÓGICO .....	151
3.2. SÍNTESIS DE RESULTADOS PARADIGMA COGNITIVO .....	155
3.3. SÍNTESIS DE RESULTADOS PARADIGMA AMBIENTAL	
CONDUCTUAL .....	158
3.4. SÍNTESIS DE RESULTADOS SISTÉMICO.....	162
4.1. LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DE NIÑOS	
CON SOSPECHA DE TAS .....	165
4.1.1. Lineamientos metodológicos para la evaluación del TAS: Paradigma	
Biológico .....	166
4.1.2. Lineamientos metodológicos para la evaluación del TAS: Paradigma	
Cognitivo .....	170
4.1.3. Lineamientos metodológicos para la evaluación del TAS: Paradigma	
Ambiental conductual.....	174
4.1.4. Lineamientos metodológicos para la evaluación del TAS: Paradigma	
Sistémico .....	178
4.2. PROPUESTA DE ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS INTEGRATIVAS	
PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN LA EDAD	
ESCOLAR.....	187
4.1.2. Estrategias a corto plazo (Durante las dos primeras semanas).....	187
4.2.2. Estrategias a mediano plazo (Desde el final de la segunda semana	
hasta segundo mes de atención).....	189

4.2.3. Estrategias a largo plazo y de seguimiento. (Desde el final del segundo mes en adelante) .....	190
5.1. CONCLUSIONES .....	191
5.1.1. Sobre la investigación teórica .....	191
5.1.2. Sobre el proceso de integración y la decantación .....	192
5.1.3. Sobre la propuesta de lineamientos de evaluación y estrategias terapéuticas .....	193
5.2. RECOMENDACIONES .....	195
5.2.1. Para el psicodiagnóstico integrativo del TAS.....	195
5.2.2. Para el abordaje integrativo .....	195
5.2.3. Para la investigación en el Enfoque Integrativo Supraparadigmatico	197
BIBLIOGRAFÍA.....	198



## RESUMEN

En este documento se realiza el análisis de cuatro paradigmas que integran el Enfoque Integrativo Suprapardigmático, para desarrollar un enfoque integrativo del Trastorno de Ansiedad por Separación en niños de edad escolar.

En el primer capítulo se pueden hallar la introducción, justificación y metodología de la tesis, que específicamente hacen referencia a la necesidad de integrar los puntos de vista teóricos sobre la etiología del TAS, así como de los métodos terapéuticos para el mismo.

En el segundo capítulo, que corresponde al marco teórico del documento, se hallan los antecedentes del Enfoque Integrativo Suprapardigmático, de la psicología clínica infatojuvenil, de manera extensa se desarrollan los aportes de los paradigmas: Biológico, Cognitivo, Ambiental-Conductual y Sistémico, a la comprensión del TAS.

En el tercer capítulo, se pueden encontrar los resultados de la síntesis y selección de los aspectos analizados por paradigma.

En el cuarto capítulo se desarrolla una propuesta de atención integrativa a niños de edad escolar con sospecha de Trastorno de Ansiedad por Separación en base a los resultados previamente expuestos.

El último capítulo corresponde a las conclusiones y recomendaciones de la investigación

# CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

---

El Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS) es uno de los capítulos de la psicopatología infantojuvenil que se ha empezado a escribir recientemente, y del que se sabe muy poco en el medio Boliviano, e incluso latino americano, este concepto tiene poco más de 50 años, y ha pasado por múltiples etapas, desde la consideración del mismo como una fobia simple, hasta las formulaciones más actuales que lo conceptualizan como un trastorno de ansiedad relativamente típico en la infancia, caracterizado por el temor ante la ausencia de los padres.

Los niños que lloran durante semanas al ingresar a la escuela o a jardín de infantes son con frecuencia mal juzgados por los adultos y llegan incluso a ser maltratados por quienes, en funciones educativas, tratan de hacerles quedar por la fuerza en la escuela desconociendo las consecuencias de este tipo de manejo, así como el problema con el que realmente están lidiando, todo ello por ignorar la procedencia de este comportamiento y sus implicaciones.

Si bien el contexto escolar no es el único en que se suele dar el Trastorno de Ansiedad por Separación, es uno de los más frecuentes y también uno de los aspectos que puede generar para el niño y su familia una disminución importante de la calidad de vida durante el tiempo de la sintomatología aguda, y más aún, a largo plazo para los niños no atendidos que suelen ciclar con la sintomatología, volviéndose el cuadro crónico y pudiendo presentarse y remitir de manera irregular hasta la adolescencia. (Ochando, 2008)

Quizá el mayor problema respecto del TAS en edad escolar es que cae precisamente en la línea que divide el comportamiento esperable del

comportamiento desadaptado, es decir produce malestar en los tutores del niño, pero pocas veces dicho malestar es comprendido como un problema psicológico propiamente dicho, razón por la cual no se suele solicitar ayuda dejando a la merced de sus propios recursos al niño, la unidad educativa y los tutores para darle solución a la situación, quienes recursivamente pueden lograr que el niño se quede en la escuela, sin embargo desconocen las consecuencias de una mala resolución

Aun siendo el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno por ansiedad más frecuente en la infancia (Soutullo C., Mardomingo M. J, 2010) se trata de uno de los problemas psicológicos más olvidados o bien menos atendidos, especialmente en el ámbito de la escuela, puesto que pocas veces los padres de estos niños buscan ayuda y a menudo esperan que el problema remita por sí mismo, lo cual a veces sucede, no sin dejar huellas a largo plazo en la vida de estos posibles adultos con problemas de ansiedad.

Por otro lado los esfuerzos que se vienen haciendo para lograr enfoques integrativos a nivel mundial, han enfocado este proceso como una necesidad, siendo que a nivel latinoamericano, la representación del Enfoque Integrativo Supraparadigmático (Opazo, 2001) se ha convertido desde fines de la década de los ochenta en el primer modelo, y además el más aceptado entre los países Sud Americanos por su precisión y sistematicidad, además, de estar sólidamente cimentado sobre bases no solo teóricas, sino epistemológicas firmes.

La presente investigación busca establecer un marco teórico integrativo respecto del Trastorno de Ansiedad por Separación en niños de edad escolar, para de esta manera contribuir no solo a la comprensión sino también al diagnóstico y tratamiento de este problema que aun siendo frecuente en niños

suele ser muy poco atendido. Por lo tanto se considera un aporte para el área específica de la clínica infantil, la cual por cierto lleva casi al igual que el concepto del TAS, poco más de cincuenta años como área de desempeño profesional de la psicología clínica.

## 1.1. Justificación

El TAS es por sí mismo un factor de riesgo para la patología adulta, puesto que existe una asociación entre del 30-40% entre el trastorno de ansiedad por separación en la edad infantil y los ataques de pánico durante la vida adulta (Cia, 2002) lo cual significa que es muy probable que al prevenirlo se pueda estar generando un factor de protección contra la psicopatología ansiosa durante la vida adulta. Es decir que la noción de que un niño con problemas psicológicos se convierte en un adulto con problemas de adaptación parece ser una verdad, pero a su vez, si se ayuda a este niño, se puede tener un efecto positivo implícito en la vida adulta.

Por otro lado el factor calidad de vida se ve seriamente afectado por dicho trastorno puesto que durante el período de sintomatología aguda (Barrera, 2003) los dolores físicos fruto de los problemas psicósomáticos asociados al trastorno, así como el estrés al cual se ve sometido no solamente el niño sino la familia, ocasionan una alteración en los ritmos de vida e incluso inversión en evaluación médica del niño que por supuesto no tiene resultados que contribuyan a la mejoría del problema.

Además de ello aún hoy en día el concepto del TAS no goza de consenso entre los especialistas puesto que algunos todavía le llaman fobia escolar, aun

cuando ya hace más de cincuenta años Johnson (1941, citado en Bowlby 1985) propuso el nombre actual en lugar del de Trastorno de Ansiedad Por separación, por tratarse de un problema que desde toda óptica es diferente, por ser un temor inespecífico y mucho más amplio que la restringida noción de que le niño le tenga miedo a ir a la escuela. Si esta situación se da con la simple conceptualización del problema las diversas líneas teóricas que abordan el fenómeno tienen, por supuesto, formas muy diferentes, aunque no necesariamente irreconciliables, de explicar las causas que originan el problema.

Cada paradigma le atribuye a su determinismo correspondiente el rol fundamental para explicar por qué se presenta dicho problema, y al privilegiar diferentes causas para explicar esta psicopatología, se esbozan formulaciones psicoterapéuticas muy diferentes para abordar la problemática.

Como se puede apreciar existen buenas razones para realizar un estudio que permita no solo la comprensión sino la integración de conceptos desde los diversos abordajes teóricos al problema y de esta manera establecer criterios de evaluación y tratamiento del problema.

## **1.2. Situación problemática**

La psicología clínica infantojuvenil ha tenido un importante desarrollo durante los últimos cincuenta años, sin embargo aún se trata de un área joven y con mucho por desarrollar tanto en lo conceptual como en lo metodológico, muestra de ello es que las clasificaciones internacionales, CIE 10 y .DSM V, a pesar de tener secciones específicamente dedicadas a los trastornos de la niñez y la adolescencia, son aún los sectores con un desarrollo incipiente. Una de las

críticas más importante que se le puede hacer a estos manuales es no formulan criterios evolutivos de reconocimiento de los trastornos.

Por otro lado se ha observado la necesidad de la integración teórica de los diversos paradigmas en psicología para poder tener un lenguaje universal, puesto que la crítica que se le hace a la psicología como ciencia, es no tener un paradigma dominante, razón por la cual cada profesional en psicología termina desarrollando su trabajo en función de elecciones personales y no de criterios científicos, corriendo el riesgo, de esta manera, de desempeños profesionales parcelados y aún más peligroso de un pseudo desarrollo de la ciencia en virtud de las contradicciones que pueden devenir de este proceso.

Respecto del TAS, existen diferentes formulaciones teóricas: el Paradigma Biológico plantea, que el principal factor causal en dicho trastorno es el temperamento (Spielberg y Gray, 1972; Eysenck, 1967). Por otro lado el Paradigma Cognitivo, esboza la hipótesis de que el rol fundamental los tienen las cogniciones (Gold, 2006). Paralelamente el Paradigma Ambiental-Conductual plantea un determinismo en mecanismos de aprendizaje ya sea por la experiencia directa (Skinner, 1948) o por vía de la observación (Bandura, 1966), esto sin contar las formulaciones de otros autores como Freud que a pesar de plantear hipótesis como el complejo de Edipo, no pueden ser tomados en cuenta en la presente investigación por carecer de evidencia científica.

De esta manera cada paradigma viene privilegiando aspectos diferentes de la dinámica psicológica en el TAS, y por lo tanto viene planteando alternativas diferentes no solo a nivel de la comprensión del fenómeno sino en cuanto a las metodologías de evaluación e intervención, dando como resultado formulaciones clínicas diferentes, aunque no necesariamente irreconciliables, así como estrategias y técnicas psicoterapéuticas divergentes.

### **1.2.1. Planteamiento del problema**

De acuerdo a lo anterior se formula el problema de investigación de la siguiente manera:

¿Puede establecerse una integración de planteamientos teóricos respecto del Trastorno de Ansiedad por Separación en edad escolar?

## **1.3. METODOLOGÍA**

### **1.3.1. Diseño de la investigación**

Esta investigación se enmarca como un estudio teórico, descriptivo. Esto en virtud de la necesidad de realizar una revisión bibliográfica que permita comprender y sistematizar los elementos teóricos vinculados al trastorno de ansiedad de separación, y las diferentes vertientes teóricas que abordan la temática aportando explicaciones tanto para la etiología como para intervención.

### **1.3.2. Métodos**

#### **1.3.2.1. Método bibliográfico**

Es el primer paso para poder realizar esta investigación, hacer una revisión bibliográfica lo más completa posible de la temática.

### **1.3.2.2. Método de la sistematización**

En base a la revisión bibliográfica se realiza una síntesis organizada de los elementos más aportativos para la posterior selección y articulación de dichos elementos.

### **1.3.2.3. Método hipotético deductivo**

Permite realizar el análisis e inferencias sobre los datos bibliográficos recabados así como establecer asociaciones entre variables que se describan en la teoría.

## **1.3.3. Objetivos**

### **1.3.3.1. Objetivo general**

Elaborar un marco teórico integrativo del trastorno de ansiedad por separación en niños escolares desde la perspectiva del Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

### **1.3.3.2. Objetivos específicos**

- Sintetizar la información pertinente del Paradigma Biológico para el Trastorno de Ansiedad por Separación.
- Sintetizar la información pertinente del Paradigma Cognitivo para el Trastorno de Ansiedad por Separación.
- Sintetizar la información pertinente del Paradigma Ambiental Conductual para el Trastorno de Ansiedad por Separación.
- Sintetizar la información pertinente del Paradigma sistémico para el



Trastorno de Ansiedad por Separación.

- Desarrollar lineamientos metodológicos para el psicodiagnóstico integrativo con niños con sospecha de trastorno de ansiedad por separación.
- Desarrollar lineamientos y estrategias integrativas para el trabajo terapéutico con niños con el trastorno de ansiedad por separación.

## CAPITULO III: MARCO TEÓRICO

---

### **2.1. El Enfoque Integrativo Suprapardigmático (E.I.S.)**

Cimentado en una actitud de respeto a la metodología científica y orientado hacia el desarrollo de una psicología fundamentada en la misma, Roberto Opazo empieza a desarrollar en 1980 lo que es actualmente el Enfoque Integrativo Supraparadigmático (E.I.S.). En el fondo del E.I.S. se puede rastrear una profunda actitud crítica y de inconformismo frente a los determinismos que plantean las diferentes escuelas de psicología, especialmente cuando los mismos no tienen un fundamento empírico ni lógico.

Cuando la epistemología pone en duda a la psicología como ciencia debido a que sus paradigmas no se pueden concebir como tales por su gran cantidad, escaso apego a la metodología científica y aparentes similares resultados en la terapéutica clínica, surge la necesidad de integrar un cuerpo teórico consistente que permita hablar un idioma 'universal' a los psicólogos, especialmente en el

ámbito de la clínica. El haber dado cuenta de este hecho le ha valido a R. Opazo el reconocimiento por formar el Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

### **2.1.1. Razones para integrar**

Durante la década de los 80 se constituyó en E.E.U.U. la Society for the Exploration of Psychotherapy Integración (S.E.P.I.), al servicio de “alentar la comunicación y servir como grupo de referencia para individuos interesados en explorar la interfase entre diferentes enfoques de la psicoterapia” (Opazo, 2001, p. 29) Este hito señala el comienzo de una época dentro de la psicología en la que la integración de los conocimientos no se concibe como una alternativa sino como una necesidad.

Por otro lado un buen número de terapeutas hoy en día se consideran como eclécticos o aun cuando adscriban a un paradigma específico utilizan técnicas de diversas orientaciones teóricas (Norcross, 1988, Jensen, Bergin y Greaves, 1990, Walkins, 1986, citados en Opazo, 2001). Esta actual tendencia al eclecticismo puede considerarse como una señal sobre la necesidad de apertura en los criterios técnicos y teóricos a la hora de buscar intervenciones de las cuales se puedan esperar resultados.

Así mismo, al parecer los diferentes paradigmas tienden a empatar cuando de resultados terapéuticos se trata (Luborsky, Singuer y Luborsky 1975, citados en Opazo, 2001). Esto último se ha atribuido a factores comunes a todas las teorías, factores que Opazo plantea estudiar para potenciar aún más un enfoque teórico que pretende salir de los reduccionismos lineales en la psicoterapia para enfocar “...los 360 grados de la dinámica psicológica” humana. (Opazo, 2001). La integración entonces potencia la efectividad de la

psicoterapia y permite apreciar de manera más completa la dinámica del comportamiento humano.

### **2.1.2. Sobre la decantación y síntesis que permite la integración**

Existen razones para pensar que no toda teoría es válida por adscribirse a un paradigma psicológico, esto significa básicamente que no todo el conocimiento desarrollado durante el tiempo de vida de la psicología como ciencia debe considerarse adecuado. Opazo plantea a manera de analogía que debe existir un cernidor, un tamiz que permita seleccionar el conocimiento válido del que no lo es, aunque luzca 'interesante'. Este cernidor de las teorías es, por supuesto, el respaldo investigativo. De manera tal que el E.I.S. plantea la integración como un proceso de decantación y organización del conocimiento científico (Opazo, 2001) aspecto que diferencia la integración del eclecticismo.

La cantidad de teorías psicológicas que existen actualmente lejos de considerarse una ventaja puede ser vista como un problema debido a que más allá de haber ideas interesantes o absurdas, si las mismas no buscan corroboración a lo que proponen no dejan de ser solo eso, ideas.

Opazo (2001) plantea sintetizar, organizar y seleccionar el conocimiento desarrollado en los diferentes paradigmas psicológicos, esto último debido a que la integración no implica generar una masa amorfa de teorías sea cual sea su fundamento sino más bien seleccionar lo válido, más allá de lo seductoramente complejo o simplista de la teoría.

Existen razones o más bien ventajas que plantea la integración en las teorías psicológicas que orientan la clínica:

### Cuadro 1: Aportes del Modelo Integrativo supraparadigmático

- **Fundamentos compartidos** a partir de los cuales discutir nuevos temas, sin tener que clarificar supuestos básicos en cada oportunidad.
- **Una apertura teórica** al conocimiento proveniente de diferentes enfoques, estimulando así el diálogo y la comunicación.
- Un **fundamento epistemológico** acerca de los alcances y límites del conocimiento (constructivismo moderado).
- Reglas claras para lo que será una **metodología aceptable**.
- **Un marco guiador** para plantear las preguntas apropiadas y para seleccionar los temas de investigación.
- Reglas compartidas para **evaluar el conocimiento** y la eficacia, lo cual facilita el acceso a un conocimiento acumulativo.
- Un contexto ordenador que facilita el **almacenamiento organizado y funcional** de los datos de la investigación.
- Un **lenguaje** conceptual común.
- Una **fluida interacción** entre los datos de la investigación, la teoría y la práctica clínica.
- Una **actitud científica** que permita fluctuar entre los diferentes paradigmas sin preferencias o sesgos, actitud que facilite la superación de percepciones de deseo (allegiance effect)
- La posibilidad de ir rescatando fuerzas de cambio **específicas**, desde diferentes enfoques y paradigmas, lo cual permite llevar a la psicoterapia más allá de los factores comunes.
- La posibilidad de desarrollar una teoría cada vez más **completa y profunda**, sin “segregaciones” ideológicas.
- Una teoría con **valor heurístico**, es decir capaz de facilitar el desarrollo creativo de nuevas teorías y estrategias clínicas.
- Fundamentos sólidos para desarrollar una **Psicoterapia Integrativa** potencialmente más completa, profunda y efectiva.
- Un **punto axial** diferente, que permita acceder a una percepción de los 360 grados de la dinámica psicológica.

Opazo, R. (2001): Psicoterapia Integrativa: Delimitación Clínica, p. 46.

### 2.1.3. Territorios de la integración y fundamento epistemológico del E.I.S.

Opazo (2001) plantea la integración en oposición al eclecticismo debido a que este último carece la de síntesis y decantación de los conocimientos requerida para formalizar el conocimiento.

El EIS se enfoca en la integración primero a un nivel teórico, luego a un nivel metodológico y finalmente técnico. Para ello debe buscar un marco epistémico congruente, que enfoque la ciencia desde una lógica práctica pero a la vez que considere las limitaciones de la subjetividad. Marco que encuentra en el constructivismo moderado, que plantea la existencia de una realidad con la que el sujeto cognoscente interactúa, dicha interacción se da en una relación recíproca de transformaciones en la que el sujeto transforma la realidad, y la realidad transforma al sujeto. (Opazo, 2001)

El constructivismo moderado es sintetizado de la siguiente manera bajo los criterios prácticos de R. Opazo:

### **Cuadro 2: constructivismo moderado: Planteamientos Básicos**

**Existe una realidad** más allá del pensamiento o del lenguaje del sujeto cognoscente.

La realidad **no es plenamente accesible** al conocimiento (contra el realismo puro) ni es una mera construcción de nuestra mente (Contra el constructivismo radical)

El sujeto cognoscente es activo en la percepción y **parcialmente** construye lo percibido

El conocimiento de la realidad no es posible vía “inmaculada percepción.” Siempre está “**contaminado**” por nuestras modalidades biológicas para percibir y por nuestras modalidades de lenguaje para concebir.

Biología y lenguaje **restringen** pero a la vez **posibilitan** el conocimiento. Si bien no podemos conocer desde la biología o desde el lenguaje, modalidades perceptivas y conceptos lingüísticos nos permiten acceder indirectamente al conocimiento de la realidad.

La epistemología evolutiva **contribuye a validar** nuestro acceso a la realidad; caso contrario no tendría valor ni importancia alguna, el que sistemas nerviosos más complejos posibiliten cogniciones más complejas.

Nuestro acceso a la realidad se valida también por el **progreso** científico, tecnológico y de la medicina. El prolongar la esperanza de vida es, por ejemplo, un resultado de un progreso en el conocimiento “indirecto” de la realidad.

En términos generales el valor del conocimiento en psicoterapia se valida por el aporte **predictivo** de nuestras teorías y por el aporte al **cambio** de nuestras estrategias clínicas.

Nuestra forma de acceder al conocimiento de la realidad es a través de “**unidades cognitivas biológico/ambientales**” que nunca nos permiten acceder a una objetividad plena.

Fuente: Opazo R., 2001, psicoterapia integrativa: delimitación clínica, p. 55

El fundamento epistemológico le da un marco de validez a la investigación y desde el punto de vista psicoterapéutico estos planteamientos implican que si bien no se puede acceder al conocimiento absoluto de los principios que explican el funcionamiento de las personas, la ciencia permite obtener un

acercamiento válido a los mismos, a partir de los cuales se puede establecer un método de trabajo efectivo en la clínica psicológica.

Entonces todo es cuestión de “Saber mirar” (Opazo, 2001, p. 60) puesto que entre el relativismo absoluto y el determinismo total sobre la causalidad en el comportamiento de los seres humanos, es preferible escoger una mirada epistemológica que esté a favor del conocimiento pudiendo, sin embargo, dar lugar a la duda y crítica científica sobre tal.

#### **2.1.4.Causalidad en el E.I.S.**

Se desarrolla en el E.I.S. el concepto de “principio de influencia” y con él, Opazo (2001) desarrolla una óptica causal que no cae ni en determinismos lineales ni en el relativismo total a la hora de la predicción de la realidad psicológica. Tales principios permiten explicar y predecir las regularidades e irregularidades en el comportamiento humano y los mismos se extraen de las teorías ya desarrolladas dentro de la psicología clínica, evaluando su validez y entendiendo que ayudan a explicar aspectos parciales del ser humano y que al unirlos en un cuerpo teórico integrado y organizado explican de una manera más completa los 360 grados de la dinámica psicológica (Opazo, 2001)

Los principios de influencia se establecen a través de una lógica probabilística, en la que la presencia de un hecho, hace más o menos probable la ocurrencia de otro. Presentan una ventaja lógica puesto que plantean mirar en varias direcciones para establecer predicciones. El EIS, plantea una organización en esa mirada desarrollando un sistema conformado por seis paradigmas que integran el self y que convergen en las denominadas Funciones del SELF (Opazo, 2001).

**Cuadro 3: diferencia entre Ley y Principio de Influencia.**

LEY	PRINCIPIO DE INFLUENCIA
A → B	A → >Pr B
Si A entonces B (Ocurrirá)	Si A entonces B (es altamente probable)
Ej.: Desorden en el cromosoma 21 produce síndrome de Down.	Ej.: Auto-instrucciones auto-derrotantes aumentan la probabilidad de que surja afecto depresivo

Fuente: Opazo R., 2001, psicoterapia integrativa: delimitación clínica, p. 101

De tal manera se impulsa el desarrollo de la psicología construida sobre los cimientos de una metodología científica, enmarcada en la investigación, de la cual los resultados se pueden considerar válidos, y sirvan para entender el porqué de los trastornos de la conducta y más aún para ayudar a quien los padezca, tomando en cuenta las diferentes dimensiones o paradigmas del ser humano.

### 2.1.5. Los paradigmas del supraparadigma

Opazo (2001) plantea la integración de la psicología a través de un sistema conformado por los paradigmas:

- Biológico.
- Ambiental conductual.
- Afectivo.
- Cognitivo.
- Inconsciente.
- Sistémico.



Cada paradigma aporta principios de influencia que organizados regulan el comportamiento de la persona. Teniendo cada uno de ellos una cierta intervención en el funcionamiento normal y psicopatológico.

El **paradigma biológico** “propone que ciertas características específicas genéticas, endocrinas, neuroanatómicas o bien neurofisiológicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, emociones o conducta (las cuales pueden ser más o menos ‘desajustadas’)” (Opazo, 2001, p. 109)

Probablemente dicho paradigma sea uno de los más documentados en términos de teorías explicativas de la psicopatología, en este sentido el SELF biológico (Opazo, 2001, p. 109) constituye un elemento de gran importancia para explicar ciertos fenómenos tanto en el psiquismo normal como en el alterado.

El **paradigma ambiental conductual** implica que “ciertas características ambientales específicas, pueden influir en la génesis de específicas cogniciones, afectos y conductas (los cuales pueden ser más o menos ‘desajustados’).” (Opazo, 2001, p. 111)

Integra las teorías de condicionamiento clásico y operante (Pavlov y Skinner citados en Opazo, 2001). A nivel de etiología le asigna importancia a las experiencias tempranas: “Las experiencias tempranas no solo son fijadas más penetrante y fuertemente, sino que sus efectos tienden a persistir más y son más difíciles de modificar que los efectos de las experiencias más tardías” (Millon y Everly, 1994, p. 97 citados en Opazo, 2001, p. 111)

El **paradigma afectivo** postula la importancia de las “estructuras y eventos afectivos (en los que predomina la energía)” (Opazo, 2001, p 113). En este sentido las emociones y los sentimientos se convierten en el eje fundamental del paradigma afectivo, teniendo un rol importante en la génesis de comportamientos y cogniciones.

Greeberg, Rice y Elliot (1996, citados en Opazo, 2001) hablan de “esquemas emocionales” indicando que alrededor de las emociones se forman cogniciones que están a la base del significado que se le atribuye a los acontecimientos.

Conceptos como el de motivación, catarsis, capacidad de disfrute, umbral hedónico (Opazo, 2001) pueden fortalecer el entendimiento de la patología y por lo tanto la capacidad de intervención del terapeuta.

El **paradigma cognitivo** “asigna un rol central a la información y al procesamiento de la información.” (Opazo, 2001, p. 111). Los sesgos y distorsiones en la percepción e interpretación de las experiencias tiene una relación importante con la forma de actuar de las personas ya sea adaptativa o desadaptativamente (Pretzer y Beck, 1996 citados en Opazo, 2001).

En cuanto a explicaciones sobre la psicopatología se ha investigado el grado en el que los auto-juicios negativos tienen una influencia en el afecto depresivo (Teasdale y Bancroff, 1977 citados en Opazo 2001) así como las bajas expectativas de autoeficacia en la génesis de la ansiedad (Bandura, 1977, 1986 citado en Opazo, 2001).

El **paradigma inconsciente** se refiere a la influencia que tienen “...aquellas actividades mentales de las cuales el individuo no está consciente” (Marx y Hillix, 1969, p. 413, citados en Opazo 2001, p. 114)

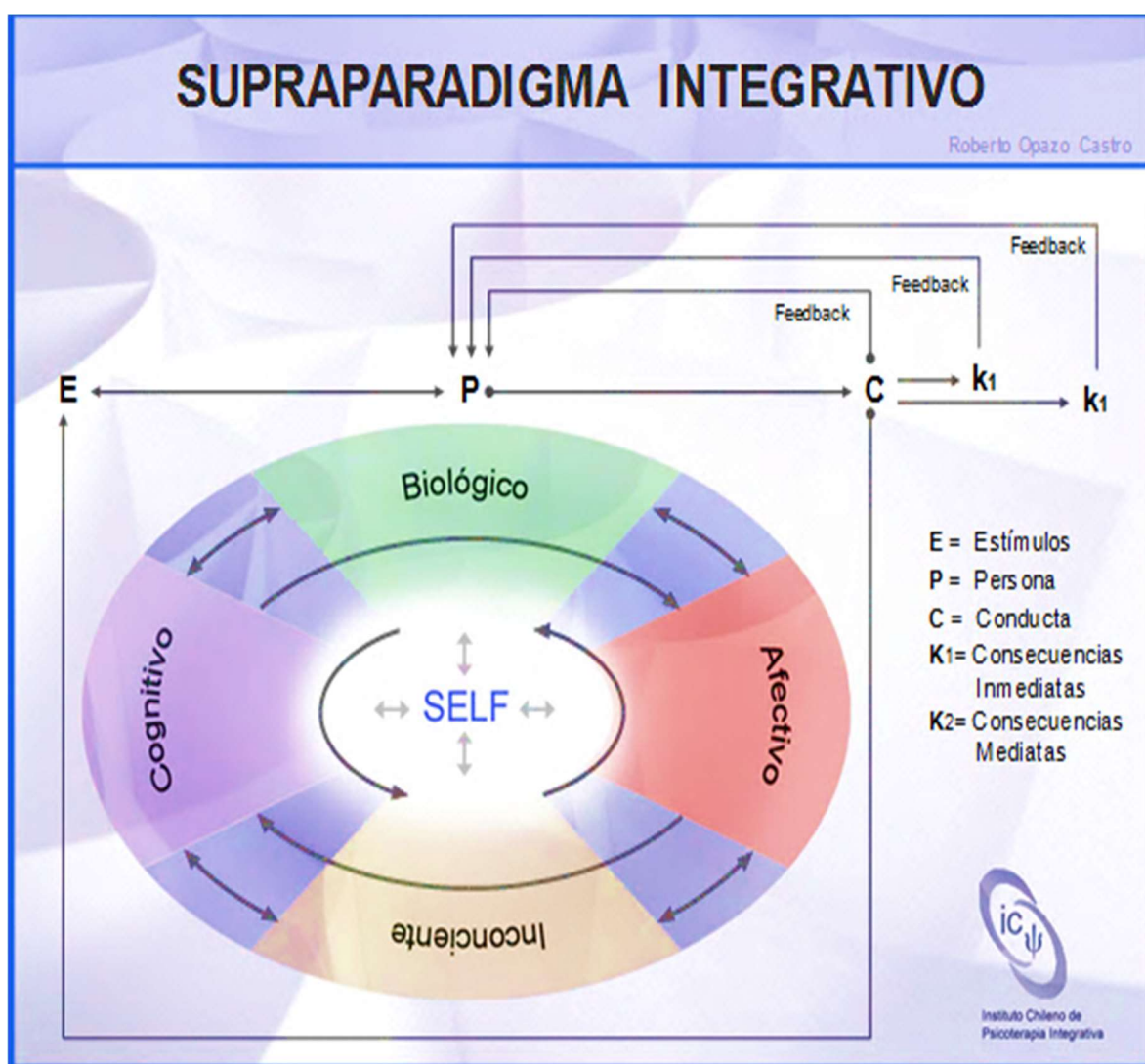
En el E.I.S. se plantea que “...en ausencia de control consciente, los dinamismos inconscientes adquieren una ‘lógica’ diferente; todo aquello contribuye a perfilar un paradigma con características diferentes.” (Opazo, 2001, p 114), es decir que existe una zona del comportamiento, afectos y pensamientos de la que las personas no llegan a darse cuenta y que constituye un espacio donde las reglas de la lógica o la razón no son remotamente suficientes.

El **paradigma sistémico** “asume que un sistema implica un todo, un número de elementos que se mantienen en interacción, en el cual el todo es más que la mera suma de sus partes; un sistema se comporta de acuerdo a los patrones de causalidad circular en un proceso que no tiene ni comienzo ni fin.” (Opazo, 2001) Esta concepción puede sumarse a la óptica del principio de influencia en la medida de ampliar la visión de la causalidad en el comportamiento humano.

En este sentido es válido entender que la patología de una persona, no es un patrón aislado de comportamiento sino que se desenvuelve en un contexto, familia, amigos, compañeros de escuela o trabajo, etc. y que el comportamiento de quienes rodean al paciente y de este mismo se retroalimentan, es decir lo que hacen quienes rodean al paciente tiene un efecto sobre él, de la misma manera que lo que hace el paciente tiene un efecto sobre quienes le rodean. Todo ello en el entendido de que los sistemas buscan estabilizarse o autoregularse.

El diagrama que se presenta a continuación, esquematiza las relaciones entre los paradigmas:

**Esquema 1: El supraparadigma integrativo**



Fuente: Opazo (2009) Maestría en psicología clínica integrativa

Los paradigmas biológico, afectivo, inconsciente y cognitivo se encuentran vinculados en la persona, representada por la elipse y letra P del diagrama. Y los paradigmas ambiental y sistémico quedan representados en las líneas que

rodean a la elipse por un lado y por otro en las líneas que representan las relaciones recíprocas y organizadas que se observan en las flechas.

Convergen en el centro del diagrama las funciones del SELF, que representa la integración de las 6 influencias que corresponden a cada paradigma.

En el esquema la letra E se puede entender como ambiente o estímulo, la letra C representa los comportamientos emitidos por la persona (P), K1 y K2 corresponden a las consecuencias inmediatas y mediatas, las cuales a su vez retroalimentan positiva o negativamente a la persona.

Las funciones del Self se organizan de la siguiente manera:

- Función de Toma de conciencia
- Función de Identidad
- Función de Significación
- Función de Autoorganización
- Función de Búsqueda de sentido
- Función de Conducción de vida

No se debe de caer en el error de concebir que cada función corresponde a un paradigma, sino más bien entender que las seis funciones son influidas por cada uno de los paradigmas.

## 2.2. La psicoterapia integrativa

El EIS sirve de fundamento teórico para la psicoterapia integrativa, cuyo objetivo es optimizar la intervención psicoterapéutica de manera que se pueda ofrecer al paciente un enfoque que reúna ‘lo mejor de los otros enfoques’ por un lado y que por otro tome en cuenta cosas con los demás enfoques normalmente ignoran:

- El diagnóstico integrativo: que constituye el punto de partida de la terapia y plantea que se deben pesquisar los 6 paradigmas y evaluar las funciones del self, para que a partir de allí se planifique la terapia en base a los principios de influencia. Parte del diagnóstico integral es la Ficha de Evaluación Clínica Integral (FECI) que evalúa en funcionamiento psicológico de los pacientes, en el caso
- Los objetivos terapéuticos: que se deben plantear como consecuencia del diagnóstico integrativo, siendo realistas operativos y consensuados con el paciente.
- Los factores comunes en psicoterapia: variables del terapeuta, el paciente y la relación que pueden explicar una porción del cambio en psicoterapia. La psicoterapia integrativa plantea tomar en cuenta los mismos para optimizar las probabilidades de éxito en el tratamiento.
- La alianza terapéutica: que prácticamente todos los enfoques ponderan como un factor importante en el éxito o fracaso de la psicoterapia.
- Los estímulos efectivos: que consisten en la construcción de intervenciones que ‘hagan sentido’ en el paciente, es decir que logren un “awareness integral” en otras palabras un darse cuenta que sea claro en lo cognitivo, movilizador en lo afectivo y que promueva cambio de conducta.
- Los conceptos movilizadores: que son intervenciones sistematizadas por el autor del EIS, Roberto Opazo, que apuntan a ser estímulos efectivos para generar cambio terapéutico.

- Efectos preventivos: que implican el seguimiento de los casos para contrarrestar recaídas así como constatar éxitos psicoterapéuticos.

En palabras de Verónica Bagladi (2009) la psicoterapia integrativa permite democracia en la oportunidad e idiosincrasia en la decisión clínica, es decir no se trata de imponer la teoría al paciente sino más bien escoger la avenida de intervención más apropiada en base a los principios de influencia validados científicamente.

### **2.3. La psicología clínica infantojuvenil**

La psicología clínica con niños y adolescentes plantea una serie de diferencias en relación al trabajo realizado con adultos, dicha distinción se hace muy necesaria en tanto que los criterios para el diagnóstico y la metodología de evaluación e intervención suelen diferir de maneras sutiles en algunos casos y muy marcadamente en otros.

#### **2.3.1. Antecedentes y trayectoria**

Para entender la situación de la psicología clínica infantojuvenil se hace necesario realizar una breve revisión de sus antecedentes y la trayectoria que la ubica en su situación actual:

El interés por hacer psicoterapia (ya sea para adultos o para niños) proviene del paradigma psicodinámico que pone de relieve la evolutividad de la personalidad y la influencias de los primeros años de vida en la estructuración

del Self (Rodríguez y Mendez, 2003) esto por vía de la teoría del desarrollo psicosexual. Sin embargo el método del psicoanálisis, tal como fue desarrollado por Freud, se orientó más al trabajo con adultos y al análisis retrospectivo de sus historias personales indagando sobre todo en las relaciones entre el paciente y sus padres que a la investigación con niños propiamente. Fueron otros psicoanalistas posteriores a Freud quienes se ocuparon de desarrollar teorías más vinculadas a la comprensión del niño en desarrollo, entre ellos se puede contar a Anna Freud, Melanie Klein, Renee Spitz, Jhon Bowlbi (aunque este es clasificado como etólogo más que como psicoanalista), Donald Winicott, Margareth Mahler.

Algunos autores (Olivares, Macià, Mendez, 2002) consagran a Ligtner Witmer como el fundador de la psicología clínica. Witmer trabajo con niños y creo en “1896 la primera clínica psicológica para el tratamiento de problemas de niños y adolescentes en la Universidad de Pensilvania” (Olivares, Macià, Mendez, 2002, p. 25), tal como se puede apreciar Witmer es previo a Freud, sin embargo el trabajo realizado con niños fue más una práctica vinculada a necesidades psicoeducativas (Olivares, Macià, Mendez, 2002) que a la clínica como se la conoce ahora.

La psicología infantojuvenil tiene apenas medio siglo de existencia (Arettio, Müller y Mateluna 2003), a pesar de que tal y como se ve en los párrafos anteriores el interés por la psique infantil movió a muchos teóricos a realizar estudios mucho antes de que la psicología clínica infantojuvenil se diferenciara como una área de especialidad. La trayectoria histórica de esta especialidad se puede sintetizar por medio de hitos o momentos que marcaron desarrollos importantes para la clínica infantojuvenil:

- “El primer texto norteamericano de psiquiatría infantil fue escrito por Leo Kanner y publicado en el año 1957 (citado en Montenegro, 1994)



- La primera clasificación diagnóstica exclusivamente infantil aparece en el año 1966 propulsada por el Grupo para el avance de la psiquiatría (GAP).
- El primer estudio sistemático de epidemiología en psiquiatría en niños fue efectuado por Lapuse, en Buffalo, EE.UU., el año 1958 revelando una alta prevalencia de trastornos emocionales y conductuales en niños entre 6 y 12 años. El promedio de estos trastornos alcanzó aproximadamente un 20% (citado por García, R., en *psiquiatría Clínica*, Heerlein Ed. 2000).
- El estudio epidemiológico más relevante, a nivel internacional, es el de Rutter y cols. (1965), realizado en la Isla de Wight, Inglaterra, con una muestra aproximada de 3.500 niños de la población escolar entre 10 y 11 años, elegidos al azar. Se detectó un prevalencia de 6,8% de trastornos psiquiátricos, excluyendo el retardo mental. A partir de esta investigación se han realizado numerosos trabajos con resultados muy discordantes, lo cual podría explicarse, al menos parcialmente por lo divergente de las poblaciones o muestras estudiadas (De la Barra, Cap. VI, en Montenegro, 1994).
- En 1989 se da a conocer en Francia y en 1990 se publica y difunde internacionalmente la Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del Niño y del Adolescente (CFTMEA) elaborada por un grupo de trabajo liderado por el psiquiatra R. Misès. Se trata de una clasificación estadística biaxial que incluye un glosario. Además, es compatible con la 10ª revisión del Capítulo V de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Misès, R., 1990)" (Arettio, Müller y Mateluna, p. 30 y 31, 2003)

Cabe aclarar que el desarrollo infantil ha sido siempre un área de interés dentro de la psicología pero la psicología clínica infantojuvenil como especialidad no existió sino desde los años cincuenta y que su desarrollo es aún incipiente en algunos aspectos, por ejemplo las clasificaciones diagnósticas.

Por otro lado es importante recalcar que la relación entre la psicología clínica de niños y el ámbito educativo nunca ha dejado de existir puesto que el diagnóstico y la intervención suelen estar estrechamente relacionados con el contexto escolar y el desempeño académico.

### 2.3.2.El rol del psicólogo clínico infantojuvenil

En cuanto al rol del psicólogo clínico las principales ocupaciones se pueden reducir según Arettio, Müller y Mateluna(2003) a tres campos de acción:

- 1) “El estudio de riguroso del funcionamiento psíquico de las personas... desde una perspectiva evolutiva y sistemática que integre variables familiares, culturales, históricas y sociales” (Arettio, Müller y Mateluna, p. 22, 2003)
- 2) “El establecimiento y desarrollo de criterios de normalidad y anormalidad... adecuación *versus* inadecuación, salud *versus* enfermedad, desarrollo armónico *versus* patológico de la personalidad”(Arettio, Müller y Mateluna, p. 22, 2003)
- 3) “La generación de estrategias terapéuticas... tiene como fin ayudar a las personas que presentan problemas o trastornos psicológicos a restablecer el equilibrio perdido o a efectuar cambios necesarios para desarrollarse y crecer de manera más sana.” (Arettio, Müller y Mateluna, p. 23, 2003)

Dichas áreas de acción que son generales dentro de la psicología clínica, se aplican a la especialidad de la psicoterapia infantojuvenil y adquieren particularidades que es necesario mencionar.

### 2.3.3. Características peculiares en el trabajo con niños y adolescentes

El trabajo con clínico con niños y adolescentes plantea una serie de adaptaciones, y diferencias del trabajo con adultos, entre algunas de ellas se pueden contar:

- Evolutivamente existen conflictos que son normativos y que representan crisis transitorias del desarrollo que en ocasiones son confundidos con problemas psicológicos, por esta razón es necesario que quienes trabajan dentro del ámbito de la conducta infantil tengan un amplio conocimiento de la psicología del desarrollo (Hersen y Last citados en Mendez y Macià, 2002).
- Los niños y adolescentes casi nunca asisten a psicoterapia por voluntad propia, puesto que son los familiares o tutores del paciente quienes solicitan ayuda. Esto, por un lado, conlleva muchas veces a establecer diferentes motivos de consulta (por ejemplo. motivo de consulta del padre, de la madre, de la escuela, del propio niño o adolescente) y por otro lado a la interrogante de ¿quién es el paciente?, pues el trabajo no puede excluir la presencia de los padres o tutores, es por esta razón que algunos autores hablan de sistema consultante en lugar de paciente. La noción de sistema consultante incluye a las personas que se hacen cargo del niño o adolescente como parte del proceso de evaluación e intervención.
- La herramienta que más se utiliza en el trabajo con adultos es la entrevista clínica, sin embargo las modalidades de trabajo con niños incluyen actividades como el juego y la expresión plástica, puesto que el informe verbal que pueden dar los niños, sobre todo los más pequeños con frecuencia es muy limitado, esto implica que el setting de trabajo es muy flexible en relación a la clínica con adultos. Además de ello y por la misma razón es frecuente necesitar de otros informantes (House, 1997) ya sean padres, tutores, profesores, amigos de los niños u otros, que

puedan brindar datos significativos para contrastar sobre todo durante el proceso de psicodiagnóstico.

- A diferencia de los adultos que tienen comportamientos más o menos consistentemente similares en diversas situaciones, la conducta infantil está muy determinada por la situación, es decir que el comportamiento de niños y en alguna medida de los adolescentes varía mucho en función del contexto.
- Vinculado al punto anterior House indica que: “Muchos aspectos de la adaptación y el funcionamiento de los jóvenes, incluidos los problemas que presentan, son más fluidos y evolucionan en mayor medida que los de la mayoría de los adultos, lo que genera problemas para un sistema de clasificación categorial” (House, p. 31. 1997) es decir que para entender y clasificar los posibles trastornos del niño o adolescente no solo es necesario conocer las características propias del paciente sino de su entorno y aun así la fluidez con la que puede evolucionar un cuadro clínico en la niñez o la adolescencia difiere mucho de los criterios específicos de diagnóstico para los mismos trastornos en etapas más tardías de la vida.

## **2.4. El psicodiagnóstico con niños y adolescentes**

Se puede definir el psicodiagnóstico como un proceso que involucra una situación interpersonal, con roles bien definidos y de duración limitada (Siquier de Ocampo, Garcia y Grassano, 1988) que tiene por objetivo realizar la una “descripción y comprensión lo más profunda y completa posible de la personalidad o funcionamiento psicológico del paciente y cuando se trabaja con niños y/o adolescentes también de su grupo familiar” (Arettio, Müller y Mateluna, p. 62, 2003). La aclaración hecha por Arettio y cols. es totalmente necesaria en virtud de las características peculiares del trabajo con niños y adolescentes mencionadas previamente.

El proceso psicodiagnóstico “abarca aspectos tanto del pasado como del presente, lo cual permite elaborar el diagnóstico, sin dejar de lado la proyección al futuro, lo cual facilita desarrollar una hipótesis pronóstica de la personalidad en desarrollo del niño o adolescente” (Arettio, Müller y Mateluna, p. 62, 2003).

El pronóstico dentro de lo que es la psicología clínica infantojuvenil adquiere la connotación de la psicología desarrollo, es decir el clínico de niños y adolescentes también debe conocer cómo los diferentes trastornos de la conducta afectan a la evolución de la persona, considerando los diversos factores protectores y de riesgo que vienen con cada paciente o sistema consultante y la secuencia de desarrollo normal en la mayoría de los humanos.

El diagnóstico no solo consiste en una etiqueta categorial sino en una evaluación lo más completa posible de los recursos, potencialidades y dificultades del paciente o sistema consultante, esto permite tener una comprensión integrada de la personalidad y el funcionamiento relacional del paciente (Arettio y cols. 2003).

Debido a las peculiaridades antes mencionadas con respecto al trabajo con niños la metodología del psicodiagnóstico se torna diferente en varios aspectos sin embargo un aspecto que cabe puntualizar es que al evaluar a un niño se debe evaluar también a los responsables de este, es decir a la familia que lo acompaña, ello partiendo de la premisa de que en gran medida el funcionamiento psicológico del menor depende del funcionamiento psicológico de quienes cuidan de él.

### 2.4.1. Fines del psicodiagnóstico en la clínica con niños y adolescentes

Tal como ya se mencionó el objetivo general del psicodiagnóstico es el de tener una descripción y comprensión lo más profunda y completa del sistema consultante (es decir del funcionamiento psicológico de quienes se encargan de cuidar al niño), sin embargo además de esta finalidad existen otras entre las que se pueden contar:

- Realizar diagnósticos diferenciales cuando existan casos que lo ameriten.
- El psicodiagnóstico se constituye en un medio de comunicación, poniendo a disposición del terapeuta diferentes canales de comunicación (verbal, gráfico, lúdico) a través de los cuales se puede obtener y contrastar información.
- De la misma manera el espacio del psicodiagnóstico se hace importante pues permite el establecimiento del *rapport* y la alianza de trabajo (work attachment).
- El psicodiagnóstico no solo se realiza durante el inicio sino también para evaluar los avances terapéuticos (re-test), así como para observar los posibles motivos para impases en el curso de la terapia.
- El establecimiento de proceso psicodiagnóstico constituye el primer paso dentro de un proceso de intervención, las estimaciones que de se puedan extraer del mismo implican líneas directivas para definir los objetivos de la terapia, las técnicas y herramientas a ser utilizadas, la cantidad de sesiones por semana, la duración aproximada del tratamiento así como la participación de otros profesionales. (Arettio y cols. 2003)

Entonces el psicodiagnóstico se constituye en una necesidad dentro de todo proceso de atención clínica a niños y adolescentes, las razones prácticas son múltiples como se observa, cabe hacer notar, sin embargo, dos aspectos importantes: en primer la necesidad de ser eficiente y eficaz durante el proceso, no alargarlo más de lo necesario pero tomar el tiempo adecuado para evaluar lo que ha de ser evaluado de la manera más completa y clara posible. En segundo lugar el peligro de abarcar durante dicho proceso aspectos que no corresponden a la especialidad del psicólogo (por ejemplo realizar diagnósticos médicos) y por lo tanto la orientación a un trabajo interdisciplinario incluso desde esta instancia temprana de atención.

#### **2.4.2. Momentos del psicodiagnóstico**

Algunos autores (Siquier de Ocampo, Garcia y Grassano, 1988) dividen el proceso en cuatro momentos:

- 1º) Primer contacto y entrevista inicial con el paciente
- 2º) Administración de tests y técnicas proyectivas
- 3º) Cierre del proceso: devolución al paciente (y/o sus padres)
- 4º) Informe escrito al remitente<sup>1</sup> (Siquier de Ocampo, Garcia y Grassano, 1988)

La entrevista inicial suele llevarse a cabo con los padres o tutores del niño, ya sea que este último esté presente o no durante este período, en relación a este aspecto es conveniente dejar que sea la familia la que elija esto, siempre y cuando se respete el derecho del niño o niña a conocer el rol del psicólogo y las características específicas de la situación de psicodiagnóstico, en la medida

---

<sup>1</sup> Este cuarto momento solo se da cuando la evaluación es una solicitud de terceros, ya sea médicos psiquiatras, neurólogos, pedagogos, profesores o colegios que derivan al alumno, autoridades legales, etc.

de su comprensión. Durante el primer contacto se suele recabar el denominado motivo de consulta, que con frecuencia es más de uno solo, diferenciando por ejemplo el motivo de consulta del padre, del de la madre, o el del niño mismo.

### **2.4.3. Importancia del encuadre en el trabajo con niños**

El encuadre es un aspecto fundamental durante todo proceso de evaluación, su presencia es imprescindible tanto en la clínica con adultos como con niños y adolescentes.

Hace referencia a la aclaración y mantenimiento de ciertas variables que involucra el proceso psicodiagnóstico a saber: los roles, lugares, horarios y honorarios, confidencialidad y sus límites.

El encuadre no se puede definir con demasiada exactitud puesto que depende de aspectos que conciernen a las características particulares de cada paciente y sus tutores (Siquier de Ocampo, Garcia y Grassano, 1988).

En el trabajo con niños y adolescentes el encuadre y el setting de trabajo pueden ser mucho más flexibles en comparación con el contexto de la atención a adultos. Por ejemplo se pueden realizar sencillo contratos para que el niño firme o establecer acuerdos que condicionen la asistencia del adolescente a la psicoterapia (Sasso, 2010).

Así mismo resulta especialmente útil con los niños más pequeños mantener un cierto orden en la rutina de la consulta (escoger un juego para el final de la sesión, ordenar los juguetes) que aunque no sea parte explícita dentro del encuadre permite establecer una estructura a la que el niño se acostumbra y aprende a respetar.



En un sentido muy práctico el encuadre representa la oportunidad para aclarar con los padres de los niños los momentos del trabajo psicológico, puesto que con frecuencia las familias no tienen demasiada idea de lo que les espera en el trabajo con un psicólogo clínico.

Resulta especialmente tranquilizador para los padres o tutores saber cuáles serán los procedimientos que se realizarán con sus hijos y también cuánto deberán esperar para tener algún resultado, pero quizá aún más importante, cómo deberán esperar dicho resultado, en otras palabras que es pertinente tranquilizar las ansiedades que existan respecto a los conflictos que son motivo de consulta y de igual manera explicar la confidencialidad y sus alcances, hacer notar que el niño o adolescente debe confiar en el terapeuta y que una de las bases de dicha confianza es la confidencialidad.

#### **2.4.4. Sobre la Psicoterapia Integrativa Infantil**

En lo que respecta al trabajo con niños y adolescentes el E.I.S. aterriza en lo que se denomina Psicoterapia Integrativa Infantojuvenil, la cual resulta de una cuidadosa adaptación de los principios de la Psicoterapia Integrativa al contexto de la atención a niños y sus familias:

- Se enfatiza la necesidad del diagnóstico integrativo desde los seis paradigmas, entendiendo los mismos en el contexto del desarrollo y valorando de manera muy especial los informes de los otros significativos, para este propósito se ha diseñado la Ficha de Evaluación Clínica Integral Infantil (FECI I), que es llenada por los padres o tutores legales del niño y que aporta importante información sobre los paradigmas.
- Una particularidad de la psicoterapia integrativa infantil es que las funciones del Self no se pueden evaluar de la misma manera que con

adultos pues se considera que aún no se encuentran totalmente desarrolladas y estructuradas, razón por la cual es necesario evaluar el funcionamiento psicológico de los tutores de los menores.

- En cuanto a los objetivos terapéuticos estos obedecen a los motivos de consulta que aporten los integrantes del sistema consultante respetando siempre el derecho de los niños de ser informados sobre las decisiones atinentes a su situación.
- 

## **2.5. SOBRE LA ANSIEDAD INFANTIL**

### **2.5.1. Angustia, Miedo y Ansiedad**

Aunque en la mayoría de los documentos revisados se utilizan estos términos casi de manera indistinta existen algunas diferencias que conviene puntualizar.

Para empezar la angustia tiene un carácter “más somático o visceral” (Cia, 2002; Ajuriaguerra, 2007) es decir que posee características físicas mucho más intensas, el DSM IV TR (2001) asocia la angustia con el pánico y/o terror, esto aludiendo a las denominadas *crisis de angustia* o ataques de pánico.

El miedo es un estado de alerta que a diferencia de la angustia y la ansiedad tiene una referencia concreta, real, no subjetiva, a la que se teme. Es decir el miedo corresponde a una categoría emocional mucho más básica y concreta puesto que no se alimenta de la imaginación sino de hechos o estímulos reales. (Bunge E.; Gomar M.; Mandil J., 2008; Ajuriaguerra, 2007)

La ansiedad por su lado corresponde a “un estado de malestar psicofísico caracterizado por una turbación, inquietud o zozobra y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente”. (Cia, 2002), esta definición implica que la ansiedad a pesar de tener una representación corporal similar a la de la angustia, la misma es menor y con mayor acentuación en el componente psicológico, es decir cognitivo y afectivo. Es un estado de espera expectante y no siempre tiene connotación negativa (Pacheco B., Ventura T., 2009)

Por otro lado, dichas emociones por sí mismas no son un problema, puesto que cumplen una función adaptativa por un lado y expresiva por otro. El miedo y la ansiedad por ejemplo están al servicio de activar a la persona y tenerla lista para la acción, ya sea el combate o la huida. Es decir, estas emociones aunque en ocasiones sean displacenteras son normales y necesarias para la vida. Sin embargo cuando dejan de ser útiles y en lugar de motivar comportamientos incapacitan a las personas para actuar, o adaptarse a la situación se convierten en un problema.

La diferencia básica entre la ansiedad normal y patológica es que esta última “se funda en valoraciones irreales de la amenaza.” (Cia, 2002, p. 34). Por otro lado se considera patológica una emoción cuando la misma interfiere con la vida de la persona y cuando su expresión es inapropiada para la edad y situación en que se desarrolla (Pacheco B., Ventura T., 2009)

En términos de psicopatología (DSM IV TR, 2001) la ansiedad corresponde a una categoría mayor que engloba los trastornos de angustia (Panic attack), las fobias, los trastornos por estrés, y los síndromes de ansiedad propiamente dichos.

Aunque los trastornos ansiosos puedan distribuirse en grupos como: angustia, pánico, fobias (APA, 2001) esta diferencia puede resultar hasta cierto punto académica o didáctica debido a que los mecanismos de adquisición y mantenimiento descritos en las teorías, así como las manifestaciones de los mismos parecen estar emparentados, hecho que se corrobora si se observa que la terminología utilizada en la bibliografía se vuelve indistinta(Stein y Hollander, 2010).

### **2.5.2. Clasificación de los trastornos de ansiedad**

Uno de los grandes problemas en la psicología clínica contemporánea es la falta de unicidad de criterios en las categorías diagnósticas (nomenclaturas), así como en los criterios utilizados para arribar a estas. Este es un asunto que se ha tratado de subsanar en la psicología clínica de adultos a través de la utilización de clasificaciones internacionales como el Manual De Diagnóstico y Estadística (en sus diferentes versiones) así como la Clasificación Internacional de Enfermedades, sin embargo y aunque estos manuales incluyen secciones dedicadas al estudio de los trastornos en niños y adolescentes en este territorio las categorías y criterios son aún algo difusos y necesitan clarificarse y profundizarse.

**Cuadro 4. Clasificaciones internacionales de los trastornos de Ansiedad**

DSM-IV-TR (2000) Trastornos de ansiedad	CIE-10 (1992) Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfias
Trastorno de angustia sin agorafobia	Trastorno de ansiedad fóbica Agorafobia (con o sin pánico)
Trastorno de angustia con agorafobia	Fobias sociales Fobias específicas
Agorafobia sin trastorno de angustia	Otros trastornos de ansiedad Trastorno de pánico
Fobia específica	Trastorno de ansiedad generalizada
Fobia social	Trastorno mixto ansioso-depresivo
Trastorno obsesivo-compulsivo	Otro trastorno mixto de ansiedad
Trastorno por estrés postraumático	Otros trastornos de ansiedad Trastorno obsesivo-compulsivo
Trastorno por estrés agudo	Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastornos disociativos
Trastorno de ansiedad debido a... (indicar enfermedad médica)	Trastornos somatomorfos
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	Otros trastornos neuróticos
Trastorno de ansiedad no especificado	

Fuente: Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Julio Vallejo

## 2.6. Trastornos de Ansiedad en la infancia

Los trastornos ansiosos forman parte de un capítulo extenso en la psicopatología, su diagnóstico y tratamiento han evolucionado de manera significativa especialmente en el marco del trabajo con adultos, sin embargo el desconocimiento de sus peculiaridades en los niños ha dado lugar a que con frecuencia no se los diagnostique, se los minimice (M. Mardomingo y J.R. Gutierrez, 2010), se los atribuya a la voluntad del niño o bien a un estilo educativo inadecuado por parte de la familia (Cárdenas E. M., Feria M., Palacios L., Peña F, 2010), esto a su vez conlleva a un desarrollo con serias posibilidades de desadaptación en las esferas personal, familiar, social y académica (M. Mardomingo y J.R. Gutierrez, 2010).

Ochoando y Peris (2008, p. 901) señalan que “Los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia constituyen el primer diagnóstico psiquiátrico a estas edades, muy por encima de los trastornos de conducta y de la depresión” hecho que demuestra la importancia de esta temática, sin embargo criterios poco científicos y apreciaciones prejuiciosas han contribuido a que muchos niños y niñas que sufren trastornos de ansiedad no reciban ningún tratamiento y se desarrollen con un antecedente de patología que es por sí mismo un factor de riesgo. Estas divergencias conllevan a problemas mucho más severos como la dificultad para establecer criterios estadísticos como el de la prevalencia de los trastornos.

Según Ochoando y Peris (2008, p.902) “La clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia no tiene aún un carácter definitivo, existiendo diferencias en las clasificaciones internacionales de las enfermedades mentales actuales.” La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades; OMS) clasifica los trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y adolescencia (ansiedad de separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad entre hermanos) y los propios de los adultos, en distintos apartados. (Ochoando y Peris, 2008)

La Clasificación DSM-IV (Diagnostic and Statistical Classification of Diseases; APA) tan sólo considera como específico de la etapa infantil el trastorno por ansiedad de separación. El resto de trastornos de ansiedad se delimitan según un diagnóstico sindrómico común para adultos y niños. Los trastornos de ansiedad incluyen: trastorno de pánico, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), reacciones a estrés agudo, trastorno por estrés postraumático (TEP) y trastorno de ansiedad generalizada (TAG), excluyendo los síndromes de ansiedad secundaria a una patología médica o al uso de sustancias. (Ochoando y Peris, 2008). El presente estudio toma como referencial a clasificación de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Soutullo C. y Mardomingo M. J., 2010), aunque en este apartado no se toman en cuenta otros trastornos como el Trastorno Por Pánico, o el

Trastorno Obsesivo compulsivo que otros autores (Gold 2006; Ruiz Sancho AM, Lago Pita B, 2005) sí consideran dentro de las clasificaciones respectivas de trastornos de la ansiedad en la infancia. El siguiente cuadro muestra la clasificación mencionada:

**Cuadro 5: Clasificación de los trastornos de ansiedad en la niñez y la adolescencia**

Trastorno	Código CIE 10	Código DSM IV
Trastorno de Ansiedad por Separación	F93.0	309.21
Trastorno de Ansiedad Generalizada	F41.1	300.02
Fobia Social (aunque es mucho más frecuente en adolescentes que en niños)	F40.1	300.23
Fobias Simples o Específicas	F40.2	300.29
Fobia Escolar	Se consigna como una fobia específica	
Trastorno de Ansiedad Postraumática	F43.1	309.81

Fuente: Elaboración propia en base al MANUAL DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE Soutullo C. y Mardomingo M. J., 2010

Como ya se mencionó en esta clasificación no se consideran los trastornos: por pánico y obsesivo compulsivo, sin embargo es necesario profundizar en el conocimiento del primero puesto que muchos de los trastornos de ansiedad que se mencionan, y particularmente el trastorno de Trastorno de Ansiedad por Separación, que es el de interés de este documento, tienen como característica la ocurrencia de pequeños episodios de crisis de angustia o ataques de pánico.

La prevalencia general de los trastornos de ansiedad en la población infantil oscila entre 9 y 21%, siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes en el ámbito de la psicología clínica con niños, es por tanto un auténtico problema de salud pública (M. Mardomingo y J.R. Gutierrez, 2010), “Su evolución natural sin tratamiento puede derivar en serias repercusiones negativas en el funcionamiento académico, social y familiar de los niños, interfiriendo de forma importante en el desarrollo.” (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B, 2005, P. 265).

### **2.6.1. Epidemiología de los trastornos de ansiedad en niños**

“Las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad varían considerablemente de unos trabajos a otros en función del diseño del estudio epidemiológico, de los criterios diagnósticos empleados y de la fuente de información empleada en el estudio.” (Ochoando y Peris, 2008, p. 902), sin embargo la prevalencia de síntomas de ansiedad puede llegar hasta un 50% en niños (Pacheco B., Ventura T., 2009).

Aunque existen muchas dificultades para el diagnóstico y por lo tanto para el establecimiento de datos epidemiológicos del todo confiables se estima que la prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños es de entre el 9 y el 21%, afectando más a mujeres que a varones (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B.; 2005; Ochoando y Peris, 2008)

En la clasificación de la Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (Soutullo C. y Mardomingo M. J., 2010), no se toman en cuenta otros trastornos como el Trastorno Por Pánico, o el Trastorno Obsesivo Compulsivo que otros autores (Gold 2006; Ruiz Sancho AM, Lago Pita B, 2005) sí consideran dentro de las clasificaciones respectivas de trastornos de la ansiedad en la infancia. El siguiente cuadro muestra la clasificación mencionada y las respectivas prevalencias.



**Cuadro 6: Prevalencia de los trastornos de ansiedad en niños**

Trastorno	Prevalencia niños	Prevalencia adolescentes
Trastorno de Ansiedad Por Separación (TAS)	3-5%	2-4%
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)	4%	4%
Fobia Social	-	1 % (hasta 14% en muestras clínicas)
Fobias Simples	1,5-3%	1,5-3%
Fobia Escolar	5%	
Trastorno Por Estrés Postraumático (TEPT)	-	-

Fuente: Elaboración Propia en Base a datos de Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, 2005

### 2.6.2. Sintomatología de los trastornos de ansiedad

Aunque cada trastorno de ansiedad tiene una sintomatología típica, existen manifestaciones generales de estas entidades patológicas que es conveniente conocer, así mismo la población infantil tiene expresiones diferentes a la población adulta en lo que se refiere a la ansiedad. Soutullo C. y Mardomingo M. J. ( 2010, p. 96) señalan que “Las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían en función de la edad y del desarrollo cognoscitivo y emocional de cada niño y, además, pueden afectar a todos los sistemas y órganos corporales.”

De acuerdo a Bunge E, Gomar M. y Mandil J. (2008, p. 30) “Algunas de las manifestaciones típicas son: los temores referentes a una posible separación, daño y/o pérdida de las figuras de apego, la evitación de situaciones sociales y formativas, quejas sobre síntomas físicos como dolor de estómago, náuseas, cefaleas, etc. La cuarta versión del Manual de Diagnóstico y Estadística de la

Asociación Americana de Psiquiatría afirma que en los niños, la ansiedad puede traducirse en llantos, berrinches, inhibición o abrazos.”

En niños pequeños la ansiedad se puede presentar como actividad excesiva, comportamientos estridentes y de llamada de atención, dificultades para la separación o en el momento de ir a dormir, por esa razón suele ser confundida con hiperactividad o trastorno oposicionista desafiante (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B; 2005)

Soutullo C. y Mardomingo M. J. (2010) indican que la ansiedad se puede presentar en adolescentes como sentimientos de despersonalización o de desrealización, y que los temores y las aprensiones así como el desasosiego y la inquietud motriz son más frecuentes en niños.

#### **Cuadro 7: Síntomas de la ansiedad en la niñez**

<i>Niños Pequeños</i>	<i>Niños Mayores y adolescentes</i>
Inquietud Motriz	Angustia
Llanto inmotivado	Temores irreprimibles
Pérdida de apetito	Dolor torácico
Trastorno del sueño	Obsesiones
Negativa a separarse de sus padres	Rituales
Dolores Abdominales	Inhibición motriz
Cefaleas	Dificultades de concentración
Temores irreprimibles	Sentimientos de despersonalización
Dudas	Sentimientos de desrealización
Inhibición conductual	Aislamiento social

Fuente: MANUAL DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE Soutullo C. y Mardomingo M. J., 2010

Como se puede apreciar en el cuadro 3 la sintomatología ansiosa en niños es variada en sus expresiones. Esta es una de las razones para que los adultos suelen tener dificultades en comprender qué les sucede a los niños o por qué actúan de ciertas maneras, lo que a su vez lleva a soluciones poco prácticas frente a estas situaciones y por otro lado a que sean muy pocos los niños atendidos por especialistas.

### **2.6.3. Dificultades para el diagnóstico de ansiedad en niños**

Como se puede observar en el apartado anterior, los trastornos de ansiedad son difíciles de diagnosticar debido a que a diferencia de sus manifestaciones en la edad adulta, en la niñez tienen una gama mucho más amplia de expresiones. Ruiz Sancho A. M. y Lago Pita B (2005) indican que las manifestaciones de los trastornos de ansiedad en la niñez son polimorfas y por ello desconcertantes en ocasiones, por lo tanto los trastornos emocionales de los niños se diferencian con menos claridad que los del adulto en entidades específicas.

Así mismo la ansiedad es una respuesta normal a lo largo del desarrollo, como fenómeno normativo es más o menos normal que a ciertas edades se presenten miedos, o comportamientos relacionados a la ansiedad. (Ochoando y Peris, 2008) “Freud en su libro *Inhibición, síntoma y angustia* en 1926, se refirió a estos fenómenos tempranos y los consideró como reacciones normales ante peligros reales dejando bien claro que no obedecen a conflictos internos, es decir, no son expresión de una neurosis u otra patología.” (Freud citado en Ruiz, 2005, p 265). Actualmente se conoce que existen etapas en las que es normal que los niños y adolescentes experimenten miedos y ansiedades a lo largo del desarrollo, siendo muchos de ellos transitorios, y de intensidad débil e

incluso necesarios para la adaptación a los estresores de la vida cotidiana (Bunge E.; Gomar M.; Mandil J., 2008).

**Cuadro 5: Temores típicos a lo largo del desarrollo, según Duncán M. K. y Popper Ch.**

Estadío Evolutivo	Situación temida
Del nacimiento a los 6 meses	Pérdida de contacto físico con la madre
	Ruidos intensos
7 a 12 meses	Personas extrañas
1 a 5 años	Ruidos intensos, animales, oscuridad
3 a 5 años	Monstruos, fantasmas
6 a 12 años	Daños físicos, ser castigado, fracaso escolar
12 a 18 años	Pruebas o exámenes, sentirse socialmente avergonzado o excluido

Fuente: libro TERAPIA COGNITIVA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES, APORTES TÉCNICOS, Bunge E.; Gomar M.; Mandil J., 2008

El cuadro 4 muestra una clasificación de los miedos típicos en función de la etapa de desarrollo, como se puede apreciar el temor a la separación con la figura de apego es normativa, es decir la ansiedad de separación es esperable durante los primeros años, coincidiendo con lo afirmado por Freud en su teoría del desarrollo psicosexual. En este sentido la línea entre lo normal y lo psicopatológico suele ser difícil de discernir puesto que con frecuencia los padres o tutores de los niños suelen entender los trastornos como algo normal

o transitorio. Se suele subestimar la importancia de los trastornos ansiosos en la niñez, especialmente cuando son más internalizados (Bunge E.; Gomar M.; Mandil J., 2008), los adultos solo suelen conceder importancia a los mismos cuando las manifestaciones en el comportamiento se vuelven desagradables o muy disruptivas.

Son los padres o tutores quienes toman la decisión de consultar, no los niños, en este sentido depende, en primera instancia, de los ellos el considerar el problema como tal y de esa manera acudir a un centro de apoyo o con el profesional que corresponda, sin embargo frente a esta situación son muchos los factores que inciden: variables culturales y sociales de los padres, grado de instrucción y nivel de información sobre el tema, acceso a servicios de salud, situación económica, etc.

Los niños suelen tener un alto grado de alexitimia por su limitado desarrollo cognitivo y socioafectivo incluso en la edad escolar (6 a 11 años) comúnmente tienen serias dificultades en la identificación y expresión de sus propias emociones, así como de la intensidad de las mismas (Ochoando y Peris, 2008) esta capacidad se va desarrollando a medida que crecen, pero constituye un problema a la hora del diagnóstico debido a que debe ser el evaluador quien identifique lo que le sucede al niño internamente, incluso cuando en ocasiones él mismo lo niegue o no de cuenta de ello.

Otra complicación inherente al diagnóstico es la alta comorbilidad entre trastornos ansiosos y trastornos afectivos (Ruiz Sancho A.M., Lago Pita B.; 2005), esto ocurre tanto en el mundo de la clínica de adultos como en la práctica con niños puesto que es muy infrecuente encontrar personas que presenten trastornos puros. En el caso de la ansiedad los trastornos afectivos como la depresión suelen ser los que acompañan a los problemas ansiosos, sin embargo en la clínica infantil se pueden observar otras comorbilidades que

los adultos no tienen como por ejemplo los trastornos disruptivos de la conducta y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Soutullo C. Mardomingo M. J., 2010).

Por otro lado los trastornos sufren pautas evolutivas (Bragado et al citada en Aláez, Martínez y Rodríguez, 2000) es decir que algunos de ellos tienden a decrecer o desaparecer en sus manifestaciones y otros por el contrario aumentan en función de la edad. Pero tales pautas evolutivas consisten no solo en un curso de remisión sin atención, sino en la conversión de los trastornos en factores de riesgo para el desarrollo posterior de problemas psicológicos.

En síntesis, las dificultades para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad se pueden resumir de la siguiente manera:

- Manifestaciones polimorfas.
- La ansiedad es un problema normal a lo largo del desarrollo.
- Alta alexitimia en niños.
- Factores que inciden en que los adultos representen el comportamiento observado como digno de atención.
- Alta comorbilidad de trastornos ansiosos con trastornos afectivos y de la conducta disruptiva.
- Pautas evolutivas de los trastornos.

### **3. Etiología de los trastornos ansiosos**

No existe una causa identificada como la única o la que prevalece en lo que respecta a los trastornos de ansiedad, razón por la cuál se han identificado varios factores que se constituyen en influencias que pueden facilitar el desarrollo de un trastorno de ansiedad. “La etiología de los trastornos de

ansiedad es multifactorial, estando implicados en su desarrollo factores de riesgo genéticos, ambientales, temperamentales, familiares y sociales” (Ochoando y Peris, 2008, p. 902). A continuación se muestra una breve sistematización encontrada acerca de esta temática, cabe recalcar que esta es una organización de los factores etiológicos identificados en general para todos los trastornos ansiosos infantiles:

- Vulnerabilidad biológica: un bajo umbral de activación del “arousal” afectivo, es decir una fácil activación de los mecanismos de estrés y alarma (Bunge E.; Gomar M.; Mandil J., 2008). Por otro lado “los niños que son inhibidos comportamentalmente, tímidos o tendentes a la retracción en los primeros años tienen más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente” (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B.; 2005, 269)
- Transmisión cultural del “sesgo catastrófico” en ambientes significativos como la familia. Procesamiento sesgado de la información por parte del niño: magnificar los peligros y desvalorizar los recursos de afrontamiento. (Bunge E.; Gomar M.; Mandil J., 2008)
- Estilos parentales: Particularmente la sobreprotección en relación al Trastorno de ansiedad por separación, así como estilos parentales críticos o severos o excesivamente punitivos suelen considerarse factores de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad durante la niñez (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B.; 2005), un patrón de apego ansioso en la crianza puede ser un factor de riesgo importante en el desarrollo de trastornos ansiosos (Bunge E.; Gomar M.; Mandil J., 2008).
- Experiencias traumáticas; algunos trastornos pueden ser iniciados por mecanismos de asociación clásica que se activen por experiencias

traumáticas, en que se sienta una amenaza sobre la integridad personal o de alguien cercano (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B.; 2005)

- Acontecimientos estresantes (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B.; 2005) en ocasiones pueden aumentar la probabilidad de la patología ansiosa, es necesario recalcar que los acontecimientos estresantes difieren en su significación en intensidad en función de la etapa evolutiva, personalidad del paciente.
- Los ambientes sociales desfavorables (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B.; 2005) dificultades en las condiciones económicas o de vida pueden influir generando un clima de inseguridad que contribuye al desarrollo de trastornos de ansiedad.

Algunos autores (Bunge E.; Gomar M.; Mandil J., 2008) distinguen entre factores predisponentes y precipitantes, dentro de los primeros se hallan los elementos genético-hereditarios, el temperamento, y el aprendizaje infantil, y entre los factores precipitantes se hallan los acontecimientos aversivos. Sin embargo se desconocen los mecanismos a través de los cuales interactúan los diversos factores de riesgo así como la incidencia de los mismos según la etapa del desarrollo en la que se encuentre la persona (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B.; 2005).

## **2.7. Crisis de angustia**

Aunque su diagnóstico como entidad patológica sea poco frecuente en niños y se observe con mayor frecuencia en la adolescencia y la edad adulta (Gold, 2006), las crisis de angustia son el componente molecular de otros trastornos de ansiedad, vale decir que su aparición es un síntoma de otras patologías (DSM IV TR), particularmente del Trastorno de Ansiedad por Separación, por ello se hace necesaria la revisión de esta entidad patológica para la



comprensión profunda del fenómeno. La angustia que le produce al niño, el trastorno de ansiedad de separación, el hecho de ver a la figura vincular irse es comparable con un ataque de pánico. (Barrera, 2003)

Por otro lado se ha observado que existe una asociación entre del 30-40% entre el trastorno de ansiedad por separación en la edad infantil y los ataques de pánico durante la vida adulta. Siendo afectadas las mujeres con mayor frecuencia (Cia, 2002).

De acuerdo al DSM IV TR “La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar de carácter intenso, en ausencia de peligro real, que se acompaña de al menos 4 de un total de 13 síntomas somáticos o cognitivos.” (2001, p. 478) a diferencia de otros trastornos de ansiedad, la crisis de angustia se considera mucho más intensa en cuanto a la experiencia fisiológica y al temor que esta produce.

### **2.7.1. Diagnóstico de la crisis de angustia**

Para caracterizar las crisis de angustia, también denominadas ataques de pánico, el Manual Diagnóstico y Estadístico IV TR indica que “...inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez (habitualmente en 10 min o menos), acompañándose a menudo de una sensación de peligro o de muerte inminente y de una urgente necesidad de escapar. Los 13 síntomas somáticos o cognoscitivos vienen constituidos por palpitaciones, sudación, temblores o sacudidas, sensación de falta de aliento o ahogo, sensación de atragantarse, opresión o malestar torácicos, náuseas o molestias abdominales, inestabilidad

o mareo (aturdimiento), desrealización o despersonalización, miedo a perder el control o 'volverse loco', miedo a morir, parestesias y escalofríos o sofocaciones. Las crisis que reúnen los restantes criterios pero reúnen menos de estos 4 síntomas, se denominan crisis somáticas limitadas." (2001, p. 478)

En la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión (CIE 10) se enfatiza la naturaleza imprevisible y súbita del ataque denominándola también ansiedad paroxística episódica.

#### **Cuadro 6. Criterios diagnósticos de la crisis de angustia según el DSM IV**

**TR**

### **▪ Criterios para el diagnóstico de crisis de angustia (panic attack)**

Nota: No se registran las crisis de angustia en un código aislado. Codificar el diagnóstico del trastorno específico en que aparece la crisis de angustia (p. ej. F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia [300.21] |pág. 482).

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

- (1) palpitaciones, sacudidas del corazón o elevación de la frecuencia cardíaca
- (2) sudación
- (3) temblores o sacudidas
- (4) sensación de ahogo o falta de aliento

- (5) sensación de atragantarse
- (6) opresión o malestar torácico
- (7) náuseas o molestias abdominales
- (8) inestabilidad, mareo o desmayo
- (9) desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo)
- (10) miedo a perder el control o volverse loco
- (11) miedo a morir
- (12) parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo)
- (13) escalofríos o sofocaciones

Fuente: DSM IV TR, 2001, p. 480

Como se puede observar en el cuadro anterior la mayoría de los indicadores del trastorno consisten en síntomas, expresiones subjetivas de vivencias internas ya sean cognitivas o fisiológicas. Ello plantea por sí mismo un problema puesto que no necesariamente todo paciente está en condiciones de reportarlos, ya sea porque no da cuenta de ellos o porque no tiene vocabulario para expresarlos. Estas consideraciones son especialmente importantes si se piensa que quienes son objeto de atención clínica son niños.

Desde un punto de vista cognitivo Gold (2006) indica que los niños con trastorno de pánico suelen tener un tipo de pensamiento particular que se caracteriza por ser exagerado, irracional, negativo y difícil de controlar, le denomina pensamiento catastrófico reverberante (Gold, 2006). Esta forma de pensar puede generar miedo, vergüenza y/o preocupación excesivos, dicho pensamiento es causa y consecuencia de las crisis de angustia. Sin embargo y a diferencia de las aprensiones normales o esperables en situaciones de estrés

o presión social, el pensamiento catastrófico reverberante, constituye una exageración sobre las preocupaciones habituales.

Desde lo afectivo los criterios que Gold (2006) identifica para diferenciar la angustia patológica de la normal son:

- Intensidad de la emoción.
- Frecuencia con que se siente la emoción.

La categoría de intensidad de la emoción se refiere a que la misma es sentida de manera que sobrepasa la propia capacidad de control de la persona (Gold, 2006), lo cual en niños es más difícil de identificar, puesto que ellos no tienen desarrollada la función Auto organizativa y de Control Conductual (Opazo, 2001), en otras palabras es más fácil que un niño pierda el control por la influencia de una emoción.

Por otro lado las personas mayores pueden reconocer los grados de las emociones, es decir, darse cuenta de cuando empiezan a sentir una emoción y cómo evoluciona la misma, si aumenta o decrece con el paso del tiempo, sin embargo dicha capacidad no se halla como una característica normal en la mayoría de los niños en edad escolar, puesto que aparece con los años y el desarrollo cognitivo (Papalia 2008; Barajas y cols. 1997).

El criterio frecuencia de la emoción (Gold, 2006) hace referencia a la cantidad de veces que se siente la angustia en un determinado tiempo, por ejemplo cuantas veces al día o a la semana siente angustiada una persona, de la misma manera que con el criterio de intensidad se tropieza con la dificultad de

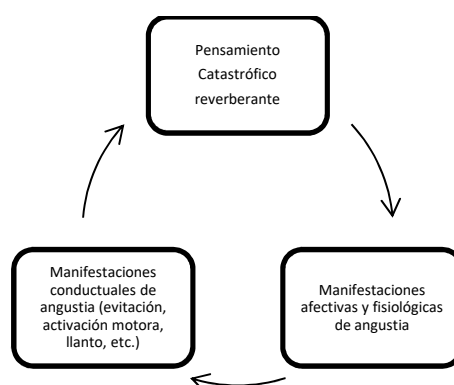
que los niños escolares tienen escaso desarrollo de la función de Toma de Conciencia (Opazo, 2001) debido a que sus capacidades cognitivas y de autoconciencia aún se hallan limitadas, lo cual impide que puedan darse cuenta o expresar la cantidad de veces que sintieron algo en un determinado lapso de tiempo.

Lamentablemente, como se ve, en el ámbito de la evaluación de ambos criterios (Intensidad y Frecuencia de la emoción) resulta difícil operacionalizar la misma con niños debido a que no se puede depender de su reporte verbal (Arettio, Müller y Mateluna, 2003). A este respecto Ruiz Sancho AM, Lago Pita B. (2005) señalan que el indicador más fiel para el establecimiento de un trastorno por angustia en niños escolares es la capacidad del niño para recuperarse de la misma. Ello plantea una diferencia significativa entre niños y adultos en el territorio de las crisis de angustia, puesto que los adultos suelen tener episodios de una duración promedio de diez minutos (DSM IV TR) en cambio la recuperación de la inercia afectiva provocada por la crisis de pánico en un niño será mucho más prolongada.

Por otro lado, normalmente la primera crisis de angustia genera una ansiedad que anticipa futuros ataques, o un miedo a sentir nuevamente la experiencia desagradable del ataque de pánico, Caballo y Lewin (2002), al respecto señalan que "Igualmente, la profunda aprensión sobre los ataques de pánico se desarrolla bajo la forma de una preocupación persistente sobre ataques futuros, preocupación sobre las consecuencias físicas, sociales o mentales de los ataques, o cambios importantes de la conducta en respuesta a los ataques" (p. 113). Esta aprensión se denomina ansiedad anticipatoria (Cia, 2002) y es definida como el miedo al miedo, o más propiamente el miedo a tener una crisis nuevamente. Lo anterior implica, básicamente, que las crisis de angustia se retroalimentan, es decir que dicha aprensión aumenta la probabilidad de sufrir nuevamente ataques de angustia.

El pensamiento catastrófico reverberante (Gold, 2006), aumentaría entonces las probabilidades de la aparición de afectos ansiosos y angustiosos, y por lo tanto manifestaciones conductuales de angustia, las cuales a su vez retroalimentarían el procesamiento cognitivo sesgado. Desde el punto de vista de la sistémico (Watzlawick P., Helmick J., Jackson D., 1985) se puede afirmar que los paradigmas cognitivo, afectivo y conductual se retroalimentan. El gráfico 1 muestra la relación planteada entre dichos elementos, sin embargo este planteamiento no involucra los paradigmas biológico, ambiental, sistémico e inconsciente:

**Gráfico 1: Relación circular entre los paradigmas cognitivo, afectivo y conductual**



Fuente: Elaboración propia

En síntesis el gran problema de las crisis de angustia en niños es que su diagnóstico depende del reporte verbal que puede darse de la sintomatología en términos de pensamientos que concurren en la dimensión cognitiva o de afectos y sus expresiones fisiológicas, los cuales no pueden ser dados directamente por los niños. Por lo tanto se depende de la observación directa del nivel conductual o bien del reporte que pueden dar los adultos que rodean al niño (padres, tutores, profesores u otros significativos), ello conlleva a la necesidad de orientar las intervenciones de estos últimos para tener información precisa.

### 2.7.2. Tipos de crisis de angustia

Según el DSM IV TR (2001) “Existen tres tipos característicos de crisis de angustia: inesperadas (no relacionadas con estímulos situacionales), situacionales (desencadenadas por estímulos ambientales) y predisuestas por una situación determinada” (p. 479), siendo las primeras las que caracterizan a los denominados trastornos de angustia con y sin agorafobia, las segundas a las fobias, y las terceras a trastornos como la ansiedad generalizada, el estrés postraumático y la ansiedad por separación. Sin embargo dicha diferenciación es netamente teórica puesto que con frecuencia una crisis inesperada puede asociarse con el contexto en que se produce y terminar convirtiéndose en una crisis situacional.

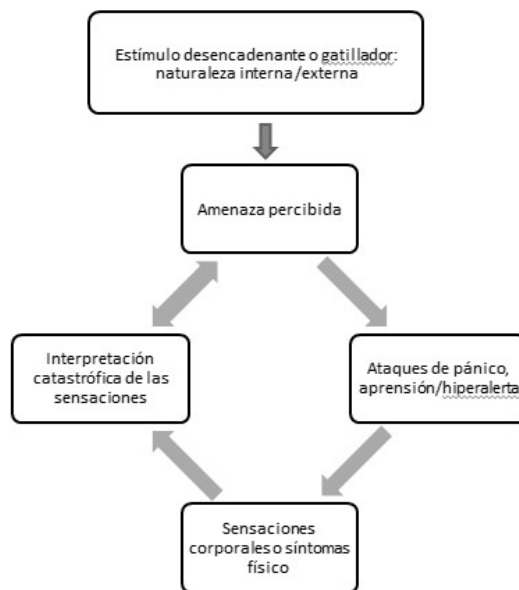
### 2.7.3. Etiología de las crisis de angustia

Algunos autores (Bunge E.; Gomar M.; Mandil J., 2008) plantean una hipersensibilidad del sistema de alarma cerebral, también denominado arousal, lo que significa que existe una predisposición biológica importante. Cia (2002), indica que “La hipótesis más relevante con respecto a esta enfermedad es que el **sistema de alarma cerebral** de las personas que lo padecen está hipersensible produciendo descargas de noradrenalina y de adrenalina que llevan a la crisis de pánico o alarmas sin motivo (falsas alarmas).” (p. 87)

La primera crisis de angustia pareciera asociarse con períodos de alto estrés y/o relacionado con pérdidas significativas, o bien con dificultades para manejar el estrés de la vida adulta, estas se asociarían a experiencias difíciles durante la infancia que limitan las estrategias de afrontamiento a lo largo de la vida. (Feuchtmann C., 2011)

Clark (1986) ofrece un modelo sencillo sobre los elementos que interactúan en la crisis de pánico:

**Gráfico 2: Modelo de Clark para el trastorno de pánico**



Fuente: Feuchtmann C.; PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y TRASTORNOS DE PÁNICO; Maestría en psicología clínica Integrativa, 2011, p. 5

Como se puede observar en el gráfico la lógica de Clark es también circular, sin embargo al igual que las consideraciones de Gold (2006), el énfasis se halla en la dimensión cognitiva, más específicamente en las características atribucionales de la persona en el sobredimensionamiento de las sensaciones



físicas que se producen durante la crisis de angustia. Este esquema puede servir para explicar la manera en que las crisis de pánico se retroalimentan, sin embargo no toma en cuenta la vulnerabilidad biológica que parece estar a la base de los trastornos ansiosos.

Desde un punto de vista algo más integrativo Lang (1971) y Rachman (1976) (citados en Cia, 200) plantean un modelo tripartito en el que interactúan tres sistemas:

- Sistema fisiológico.
- Sistema cognitivo
- Sistema conductual

Se plantea en la psicopatología que dichos esquemas interactúan de manera disfuncional generando un círculo vicioso.

Cía (2002) indica que son tres los componentes que se pueden aislar en el trastorno por pánico si se intentan integrar las teorías biológicas con las comportamentales:

- Crisis de pánico.
- Ansiedad anticipatoria
- Agorafobia

Las crisis de pánico, particularmente las iniciales se caracterizan por ser repentinas, espontaneas e inesperadas, por una hiperactivación del sistema nervioso simpático (Cía, 2002).

La ansiedad anticipatoria, es el temor desmedido a padecer nuevas crisis (Cía, 2002). Ella genera un estado de expectación o vigilancia permanente que acentúa la vivencia subjetiva de las manifestaciones afectivas/fisiológicas y por

lo tanto retroalimenta la posibilidad de sufrir un nuevo ataque de ansiedad. Por ello se dice que después de los primeros ataques de pánico que son espontáneos, los que sobrevienen son autoinducidos. En el Trastorno de Ansiedad por Separación a menudo ocurre que los niños anticipan el momento de la separación mucho antes de que esta se precipite, o bien la visualizan en otras representaciones cognitivas como los sueños, en cualquier caso, esta situación retroalimenta las crisis de angustia que se observan en los momentos en que los niños se separan de sus cuidadores.

El tercer componente, la agorafobia, se puede definir "...como el miedo al desamparo o a estar desprotegido si sobreviene una crisis." (Cía, 2002, p.108) Este tercer componente restringe la movilidad de la persona y si se lo analiza desde el contexto del TAS su manifestación es justamente la búsqueda de compañía de adultos para no sentirse desamparado y la negativa a 'salir o quedarse solos.' Sin embargo, tanto en la ansiedad por separación como en las crisis de pánico, este tercer componente no se observa necesariamente en todos los casos.<sup>2</sup>

Aunque se desconoce la lógica exacta los mecanismos etiológicos de las crisis de pánico, hoy en día se da a saber que a la base de los mismos existe una predisposición biológica (Cia, 2002).

#### **2.7.4. Relación entre el trastorno de ansiedad por separación y las crisis de angustia.**

Se considera el Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS) como un antecedente importante de los Ataques de pánico durante la infancia

---

<sup>2</sup> 95% de los trastornos por pánico se presentan con agorafobia.

(Feuchtmann C., 2011), “Entre un 30 y un 40% de personas con agorafobia” han padecido un trastorno de ansiedad por separación infantil” (Cía., 2002, p. 94). Al parecer existiría una relación entre estas dos entidades psicopatológicas en momentos distintos de la vida, como se verá al analizar los estudios desde el Paradigma Biológico (más adelante) a la base de muchos de los trastornos del espectro ansioso existe una predisposición biológica importante, y la relación que se da entre el TAS y las crisis de angustia podría no ser causal, sino reflejo de la mencionada vulnerabilidad biológica.

“En 1998, un grupo de clínicos dedicados al estudio de esta enfermedad, los Dres. Katherine Shear y Jack Maser, de EEUU, y Giovanni Cassano y Stefano Michelini de Pisa, Italia, plantearon la racionalidad de incluir una visión más abarcativa y rica del TP y la AGF, coincidente con un modelo de espectro para este tipo de enfermedades, por considerar que el mismo es enriquecedor y responde más a la realidad clínica, que las descripciones esquemáticas efectuadas por las clasificaciones categoriales, actualmente vigentes, como la CIE -10 y el DSM IV. Estos autores afirman que las entidades incluidas en un Espectro de Trastornos, por ejemplo el Espectro pánico-AGF<sup>3</sup>, de los trastornos afectivos, impulsivos, de los relacionados al TOC<sup>4</sup> proveen, como entidades un sistema operacional flexible y comprensivo que permite describir diferentes manifestaciones clínicas. Cada uno de ellos representa la expresión, posiblemente variada, de un proceso psicopatológico unitario, como son las manifestaciones prodrómicas, atípicas, subclínicas, residuales y otros síntomas que acompañan a las manifestaciones nucleares de un síndrome.” (Cía, 2002, p.97) Se plantearon los Rasgos del Temperamento Pánico-Ansioso, ubicado dentro del Espectro Pánico Agorafóbico (EPA):

- Aumento de la actividad simpática, con manifestaciones autónomas repetidas, esporádicas o aisladas;
- Miedo marcado a la enfermedad;

---

<sup>3</sup> Agorafobia

<sup>4</sup> Trastorno Obsesivo Compulsivo

- Hipersensibilidad a la separación;
- Dificultad para alejarse de entornos familiares;
- Marcada necesidad de reaseguramiento;
- Hipersensibilidad a drogas y sustancias;
- Tendencia familiar;
- Vulnerabilidad genética (Cía, 2002)

Como se puede observar en la descripción anterior, el Trastorno de ansiedad por separación ha sido emparentado con la crisis de angustia (con o sin agorafobia), sin embargo, la naturaleza de esta clasificación no es tanto etiológica como funcional a la hora del diagnóstico. Cía (2002) por otra parte, señala que algunas manifestaciones de las crisis de angustia en personas con agorafobia son muy similares a las observadas en niños con TAS.

- “Resistencia a irse de vacaciones solo;
- Distrés si tiene que dormir solo o lejos de su casa;
- Respuesta dramática ante pérdidas o aún frente a la anticipación de esa posibilidad (amistades, mascotas, allegados, etc.);
- Temor desmedido a separarse de la pareja o de los padres, aunque solo sea durante algunas horas.” (Cía, 2002, p. 100)

Aunque la relación entre el TAS y el trastorno de pánico (especialmente el pánico con agorafobia) no está clara, es evidente que ambos fenómenos están vinculados, aun cuando esto solo sea desde el punto de vista fenomenológico.

## **2.8. Trastorno de Ansiedad de separación**

En primer lugar es necesario diferenciar la Ansiedad de Separación (AS) del Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), la primera hace referencia a una reacción relativamente normal durante los primeros años de vida (Pacheco B.,

Ventura T., 2009; Ollendick y Huntzinger, 1991). Bowlby (1970) señala que es esperable a partir de los 6 meses que los bebés empiecen a inquietarse cuando se les separa de la figura de apego principal. De acuerdo las ideas de este autor la ansiedad por separación tiene una función adaptativa al servicio de la supervivencia, puesto que el bebé depende de la madre. Sin embargo se espera que esta ansiedad sea transitoria y se supere a lo largo de los años pre escolares, es decir entre los 3 y 4 años (Ochoando y Peris, 2008).

A diferencia de la AS normal, el Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS) constituye una categoría gnoseológica por interferir en la vida del niño y sus padres. Las crisis que sufre un niño con este diagnóstico tienen características fisiológicas similares a un ataque de pánico en un adulto (Barrera, 2003), y aunque algunos adultos interpretan los primeros episodios como pataletas o caprichos de los niños, a medida que el trastorno perdura en el tiempo, afecta la calidad de vida no solo de quien lo padece sino del núcleo familiar.

El cuadro de Trastorno de Ansiedad por Separación se empieza a considerar como tal en la investigación de Hylett y colaboradores, en el año 1956, quien lo categoriza bajo los siguientes criterios:

- Por estado emocional patológico del niño y sus padres
  - Por una relación de dependencia hostil
  - Por una necesidad de ambos, padres y chicos, de proximidad física.
- (Hylett citado en Barrera, 2003)

Pacheco y col. (2009) plantea la conveniencia de considerar la existencia de una continuidad entre la AS del desarrollo y el TAS, siendo la separación entre lo normal y lo patológico determinada por criterios evolutivos y adaptativos en las manifestaciones del fenómeno ansiedad.

### 2.8.1.Contextos educativos y TAS

Los contextos escolares<sup>5</sup> y pre escolares son particularmente importantes puesto que un buen porcentaje de casos de Trastorno de Ansiedad por Separación son detectados o tienen su inicio en la misma. “El rechazo escolar o la negativa de asistir al colegio puede formar parte del TAS y muchas veces encubre a éste último” (Pacheco y Ventura, 2009, p.112).

### 2.8.2.Fobia escolar y TAS

La fobia escolar no es una categoría diagnóstica separada en el DSM-IV. Y “En ocasiones se ha considerado que el síndrome de fobia escolar es un artefacto creado por la necesidad de tratar a los niños que no cumplen con su obligación legal de ir al colegio y que al mismo tiempo tienen un trastorno emocional o afectivo.” (AEPNYA, 2008)

La fobia escolar es la incapacidad total o parcial del niño de acudir al colegio como consecuencia de un miedo irracional a algún aspecto de la situación escolar.

Se han propuesto (King, 1995) los siguientes criterios diagnósticos:

- Dificultad grave para asistir a la escuela, que en ocasiones produce periodos prolongados de absentismo escolar. Los padres parecen razonablemente preocupados por asegurar la asistencia escolar (a diferencia de situaciones de negligencia).
- Grave trastorno emocional, que incluye excesivo temor, explosiones de mal humor, o quejas de estar enfermo en relación con la perspectiva de acudir al colegio.

---

<sup>5</sup> La palabra escolar se refiere a la educación tanto primaria como secundaria

- El niño permanece en casa con conocimiento de los padres cuando debería estar en el colegio. Esto ayuda a diferenciarlo de conductas de “hacer novillos”, en las que los padres no son conocedores de la situación.
- Ausencia de características disociales como robos, mentiras o destructividad. Esto lo distingue del absentismo escolar voluntario, que con frecuencia se asocia con conductas disociales.

La posibilidad de acudir al colegio produce en el niño angustia anticipatoria, que se produce justo antes de acudir al colegio, o bien la tarde antes con aumento de los síntomas al anochecer. Los síntomas de angustia pueden acompañarse de un cuadro neurovegetativo (náuseas, vómitos, diarrea, abdominalgia, cefaleas) (M Méndez y Macià 1991) Esto hace que el niño trate por todos los medios de evitar acudir al colegio. En ocasiones el niño puede especificar un motivo de los síntomas de ansiedad (miedo a un profesor, a una asignatura), pero en muchas ocasiones no es capaz de concretar el motivo de su angustia. (AEPNYA, 2008)

Autores como Méndez y Macià (1991), Asumen que la Ansiedad de separación y la Fobia Escolar (Johnson, Falstein y Svendsen, 1941) son prácticamente sinónimos.: “Broadwin (1932) fue el primero que describió la fobia escolar. Nueve años después Johnson y Colaboradores publicaron un artículo con el título ‘fobia escolar’ (Johnson, Falstein y Svendsen, 1941), siendo esa la primera vez que apareció dicho término en la literatura clínica. Posteriormente el mismo Johnson prefirió el término “ansiedad de separación” (Estes, Haylett y Johnson, 1956), etiqueta que ha prevalecido en el diagnóstico psiquiátrico; prueba de ello es su inclusión en los trastornos de ansiedad en la infancia o adolescencia, mientras que la fobia escolar no aparece en el DSM-III-R (APA, 1988).” (Broadwin, 1932, Johnson y cols., 1941, Estes y cols., 1956, citados en Mendez y Macià, 1991, p. 75)

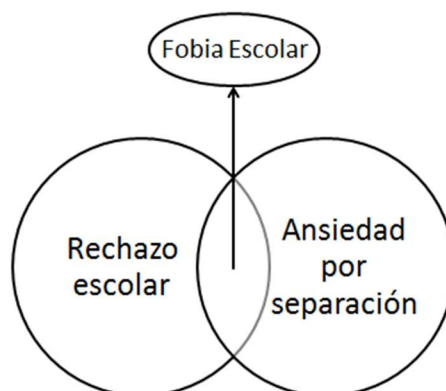
La asistencia a la escuela conlleva a la separación de los familiares, por lo que los niños que presentan ansiedad de separación pueden negarse a ir a la escuela, sin embargo en 1987, Last, Francis, Hersen, Kazdin y Straus (Citados en Mendez y Macià, 1991) encontraron trece de cuarenta y ocho niños que no presentaban evitación escolar. La población adolescente y preadolescente presenta patrones conductuales como el descrito, es decir pueden tener dificultades para la separación en contextos diferentes al escolar y no en este último.

El rechazo escolar puede entonces surgir como consecuencia de TAS, sin embargo existen otros factores que pueden estar asociados con este, por ejemplo: maltrato por parte de profesores, bullying (acoso escolar), ansiedad frente a situaciones de evaluación social como leer o hablar delante del curso, fracaso escolar, disgusto con materias específicas por inhabilidad o desagrado en actividades específicas de ciertas asignaturas como gimnasia, canto o interpretación de instrumentos, teatro, etc.

Por lo tanto se puede llegar a la conclusión de que el rechazo escolar puede formar parte del trastorno de ansiedad por separación, y la ansiedad por separación explica una proporción de la denominada Fobia Escolar, sin embargo aun cuando son conceptos afines, no se los puede tomar como sinónimos, debido a la especificidad de la sintomatología y al contenido de la ansiedad en sí mismo. Hoy en día se postula que ambos trastornos pueden darse de forma combinada en un mismo niño, pero que también pueden aparecer de forma aislada (AEPNYA, 2008).



**Gráfico 3: esquema comprensivo de las relaciones entre los conceptos de Rechazo escolar, Fobia Escolar y Ansiedad de Separación**



Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a varios estudios realizados (Miller, Barret, Hampe y Noble, 1972; Ollendick y Mayer, 1948) la proporción de niños que presentan Fobia Escolar con un contenido de Ansiedad separación corresponde a un tercio de los casos estudiados.

### **2.8.3. Datos Epidemiológicos sobre Fobia Escolar**

Graziano y De Giovanni (1979) realizaron un estudio sobre los casos conductuales de fobias infantiles desde 1924 que reveló que hasta ese momento el 86% de los mismos eran de fobias escolares. (Graziano y De Giovanni Citados en Mendez y Macià, 1991)

Ollendick y Mayer (1984) y Kenedy (1965) indican que la frecuencia de casos de fobia escolar varían entre el 0,4 y el 1,7% de la población escolar. (Ollendick, Mayer; Kendy Citados en Mendez y Macià, 1991)

La Asociación Española de Psiquiatría del Niño y el Adolescente (AEPNYA, 2008) informa que: “La tasa de incidencia de fobia escolar entre la población derivada a servicios de psiquiatría infantil es variable según los diferentes estudios, probablemente por los diversos criterios diagnósticos utilizados. Se pueden encontrar datos entre un 0.5% (Mardomingo, 1987), y un 15% (Mendiguchía, 1987; Last, 1987)”

La fobia escolar a diferencia del TAS se da más frecuentemente en la adolescencia temprana, aunque puede ocurrir en cualquier momento del periodo en el que los niños están escolarizados. Sin embargo la FE es más frecuente a partir de los 12 años, y la ansiedad de separación por debajo de esa edad.

## **2.9. Trastorno de ansiedad por separación y sus delimitaciones conceptuales**

La Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente (AEPNYA) define al TAS como “...la angustia intensísima que experimenta el niño o el adolescente cuando tiene que separarse de sus padres o de las personas que le cuidan. Es una angustia desproporcionada para su edad y circunstancia.” (Soutullo C.; Mardomingo M. J., 2010, p. 97). Nótese que el término utilizado es el de angustia, correspondiendo esta definición a la idea de que el TAS está constituido molecularmente por crisis de angustia o ataques de pánico, cuyo temor corresponde específicamente a la separación de la figura vincular. El segundo criterio de la definición mencionada corresponde a la dimensión evolutiva, indicando que debe existir en los comportamientos observados una desproporción de la relación entre la edad y/o el contexto en que se produce la

separación y la reacción de angustia, así mismo el DSM IV TR (2001) señala que no se debe olvidar el criterio antropológico puesto que algunas culturas una importancia mayor a la estrechez de las relaciones entre los miembros de una familia.

“El niño vive la separación como un peligro o una amenaza, piensa que algo malo le va a pasar e intenta evitar por todos los medios que suceda. Se niega a separarse de sus seres queridos y sufre mucho cuando le obligan a hacerlo. Teme que sus padres no estén en casa a su vuelta, que no le recojan a la salida del colegio o que se pongan enfermos.” (Soutullo C. Mardomingo M. J., 2010, p. 97)

Algunos clínicos (Barrera, 2003; Méndez y Macià, 1991) señalan que el TAS no se debe confundir con un llanto episódico durante la separación en los primeros días escolares o de jardín de un niño. Esta aclaración lleva a pensar que es más o menos normal que algunos niños experimenten esta ansiedad, que sin embargo se espera sea transitoria y superada con el transcurrir de los días. Sin embargo dicha apreciación puede llevar a la errada conclusión de que manifestaciones ansiosas durante los primeros días de clases nunca son parte de un TAS y que este se manifiesta siempre después de estas experiencias de separación de la familia al ingresar a la escuela o el jardín de infantes. Creer que estos comportamientos carecen en absoluto de importancia es un error, puesto que los mismos pueden ser predictores no solo de Trastorno de Ansiedad por Separación sino de otros trastornos ansiosos y/o afectivos durante la infancia.

### **2.9.1. Prevalencia del TAS**

La ansiedad por separación es el trastorno que se manifiesta más precozmente y afecta al 3-5 % de los niños (Black, 1995; Soutullo C. Mardomingo M. J.,

2010). Por otro lado es común la creencia de que el TAS afecta exclusivamente al sector infantil, sin embargo los estudios demuestran que existe un porcentaje de la población adolescente que es afectado por el mismo, 2-4%. (Soutullo C. Mardomingo M. J., 2010)

El DSM IV TR (2001) indica que la prevalencia del TAS en niños y adolescentes es del 4%. A pesar de ser unas tasas de prevalencia altas rara vez se diagnostica, debido a las dificultades que concurren a la hora de identificar trastornos de ansiedad en la población infantil.

Afecta a niños y a niñas por igual y suele iniciarse antes de los seis años de edad, sin embargo su diagnóstico suele disminuir desde los 12 años de edad. (DSM IV TR, 2001; Soutullo C. Mardomingo M. J., 2010). Sin embargo otros estudios (Barrera, 2003; Duff y cols. 1983, Klingman y Weisne, 1982; Moreno, Párraga y Rodríguez, 1987; Ollendick, King y Frary, 1989) han indicado que como casi todos los trastornos de ansiedad existe una inclinación mayor del sexo femenino a sufrirlo, siendo la relación de 0.4 a 1. Sin embargo no se sabe explicar sin los roles atribuidos al género o bien factores neurobiológicos los que causan estas diferencias. Probablemente sea una combinación de ambos factores interactuando

La mayor frecuencia del TAS surge en la infancia media entre los 7 y 9 años de edad. (Pacheco B., Ventura T., 2009).

Si se presenta antes de los seis años, de acuerdo al DSM IV TR (2001), se debe especificar que el trastorno es de inicio temprano, lo que implicaría que el Trastorno de Ansiedad por Separación. Este criterio difiere de la Clasificación

Internacional de Enfermedades, esta plantea que antes de la edad pre escolar este tipo de temor es normal.

## 2.9.2. Características del TAS

De acuerdo al DSM IV TR (APA, 2001) “La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación es una ansiedad excesiva concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas a quienes el sujeto está vinculado (Criterio A). La ansiedad es superior a la esperada en sujetos del mismo nivel de desarrollo.” (p. 139) en menores de tres años dicha ansiedad se puede considerar normal y hasta necesaria puesto que el niño depende prácticamente para la supervivencia de sus cuidadores (Barrera, 2003), aunque el DSM IV no realiza dicha aclaración, que sí aparece en la descripción de la CIE-10, enfatizando la normalidad de este tipo de comportamiento en niños de edad pre escolar. Otra diferencia que se puede hallar es la continuidad tácita del diagnóstico en adolescentes en el DSM IV TR, a diferencia de la CIE 10 (OMS, 1992) que señala que el trastorno no debe ser consignado en caso de que la sintomatología aparezca en adolescentes sin antecedentes de la patología en la infancia.

### **Cuadro 9: Criterios Diagnósticos TAS según el DSM VI TR**

#### **▪ Criterios para el diagnóstico de F93.0 Trastorno de ansiedad por separación [309.21]**

- A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:
- (1) malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
  - (2) preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
  - (3) preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar

- a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
- (4) resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
  - (5) resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
  - (6) negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa
  - (7) pesadillas repetidas con temática de separación
  - (8) quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación
- B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
  - C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
  - D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
  - E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.

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

Fuente: DSM IV TR, APA, 2001

Se puede hipotetizar que el TAS comúnmente está conformado por varios de los componentes de una crisis de pánico. “Last, Perrin y col. (1992) destacaron que los síntomas de pánico que ocurren antes de la adolescencia, frecuentemente son síntomas asociados al trastorno de ansiedad por separación” (Citados en Cía, 2002, p. 350), por otro lado Black (1995) indica que “el TAS es una forma de trastorno de angustia propia de los niños pequeños” (Citado en Stein y Hollander, 2010). Se requiere cierta capacidad cognitiva la cual los niños teóricamente no tienen para desarrollar conciencia de las crisis de angustia. Este argumento es el único que contraviene la teoría de una continuidad entre el TAS y las crisis de angustia.

En este sentido la Alexitimia evolutiva que presentan los niños escolares podría considerarse un factor protector ante las mismas aunque dicha consideración carece de relevancia debido a que las crisis de angustia de separación se

retroalimentan casi de igual manera que las crisis de pánico lo que corresponde con la hipótesis de Last, Perrin y Black.

Además de lo anterior el Manual Diagnóstico y Estadístico señala que “La alteración debe mantenerse durante un período de por lo menos 4 semanas (Criterio B), empezar antes de los 18 años (Criterio C) y provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D).” (APA, p. 116) El contexto educativo es probablemente el más severamente afectado por el trastorno en niños entre los 6 y los 10 años, del mismo se habla más adelante en este documento<sup>6</sup>. Sin embargo cabe recalcar que por su incidencia en la actividad escolar este trastorno ha sido en ocasiones pensado exclusivamente dentro de este contexto, criterio que es ampliado en los criterios diagnósticos que define el DSM IV TR.

Acerca de la anterior aclaración el DSM IV TR amplía los criterios de diagnóstico más allá del rechazo escolar, extendiendo los contextos en los que se presenta el cuadro así como señalando sintomatología que refiere quejas de los niños: “Los sujetos con este trastorno pueden experimentar malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las personas con quienes están más vinculados (Criterio A1). Una vez separados de éstas, suelen necesitar saber su paradero y estar en contacto con ellas (p. ej., mediante llamadas telefónicas). Algunos sujetos se muestran extremadamente nostálgicos y desasosegados hasta sentirse desgraciados cuando se encuentran fuera de casa. Pueden anhelar el regreso a su hogar y preocuparse por fantasías de reunión. Cuando están separados de las personas con quienes tienen mayor vinculación, estos sujetos suelen preocuparse por miedos, accidentes o enfermedades que afectarán a dichas personas o a ellos mismos (Criterio A2). Los niños con este trastorno suelen expresar miedo a

---

<sup>6</sup> Revisar Fobia escolar y TAS

perderse y a no reunirse nunca más con sus padres (Criterio A3). Suelen mostrarse desasosegados cuando se trasladan independientemente fuera de su domicilio o de otras áreas familiares, y pueden evitar el ir solos a distintos sitios. Pueden ser renuentes o rehusar ir a la escuela o a un campamento, o visitar la casa de un amigo o dormir en ella, o hacer recados (Criterio A4). Estos niños son a veces incapaces de permanecer en una habitación solos y pueden manifestar un comportamiento de «aferramiento», situándose muy cerca del padre o la madre y convirtiéndose en su «sombra» a lo largo de toda la casa o requiriendo que alguien los acompañe cuando van de una habitación a otra (Criterio A5).” (APA, 2001, p. 139-140)

“Los niños con este trastorno suelen tener problemas llegada la hora de acostarse y pueden insistir en que alguien permanezca con ellos hasta conciliar el sueño (Criterio A6). Durante la noche pueden trasladarse a la cama de sus padres (o a la de otra persona significativa como un hermano), y si no les es permitida la entrada en el dormitorio paterno, pueden dormir junto a la puerta de éste. Pueden tener pesadillas cuyo contenido expresa los temores del sujeto (p. ej., destrucción de la familia por incendio, asesinato u otra catástrofe) (Criterio A7). Cuando ocurre o se anticipa una separación, son frecuentes las quejas físicas tales como dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos (Criterio A8).” (APA IV TR, 2001, p. 140)

La CIE-10 (OMS, 1992) por su parte presenta los siguientes indicadores:

- a) *Preocupación injustificada a posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas o temor a que alguna de éstas le abordara.*
- b) *Preocupación injustificada a que un acontecimiento adverso le separe de una persona significativa (como por ejemplo, poder perderse, ser secuestrado, ingresado en un hospital o asesinado).*



- c) *Desagrado o rechazo persistente de ir al colegio por temor a la separación (más que por otras razones, como miedo a que algo pudiera suceder en el colegio)*
- d) *Desagrado o rechazo persistente a irse a la cama sin compañía o cercanía de alguna persona significativa.*
- e) *Temor inadecuado y persistente a estar solo, o sin la persona significativa, en casa durante el día.*
- f) *Pesadillas reiteradas sobre separación.*
- g) *Síntomas somáticos reiterados (tales como náuseas, gastroalgias, cefaleas o vómitos) en situaciones que implican la separación de una persona significativa, tal y como salir de casa para ir al colegio.*
- h) *Malestar excesivo y recurrente (en forma de ansiedad llantos, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social) en anticipación, durante o inmediatamente después de la separación de una figura de vínculo importante*

Además de ello se puede observar en las aclaraciones que se hacen en la CIE-10 que el rechazo escolar constituye parte de la sintomatología del TAS pero que no es un criterio patognómico, ni exclusivo del trastorno, especialmente en adolescentes (OMS, 1992)

### **2.9.3. Manifestaciones del TAS según patrón evolutivo**

Una observación razonable que se puede hacer a la información del TAS que aparece en el DSM IV TR (APA, 2001), es la de no diferenciar la sintomatología infantil de la adolescente, puesto que esta multiplicidad de síntomas, puede confundir al clínico. Un intento de dicha diferenciación se puede observar en la CIE 10 (OMS, 1992) sin embargo la misma es muy escasa. Esto lleva a que sean los clínicos que usan el dichos manuales quienes traduzcan los criterios diagnósticos a las etapas evolutivas (Stein y Hollander, 2010).

Dados los criterios diagnósticos de los manuales y la bibliografía consultados se han encontrado diferencias en las pautas evolutivas de las manifestaciones del TAS, las mismas para fines de organización son divididas por el autor de este documento en tres áreas:

- Manifestaciones cognitivas/afectivas.
- Manifestaciones fisiológicas.
- Manifestaciones conductuales.

### **2.9.3.1. Manifestaciones fisiológicas**

Los síntomas de las crisis de angustia bien podrían consignarse en este apartado, pero los niños pequeños probablemente no reportarán muchos de ellos. El hecho de que los experimenten o no, resulta irrelevante cuando se entiende que la evaluación sintomatológica, especialmente de las manifestaciones fisiológicas, depende de el reporte verbal, del cual no se puede confiar del todo si se está evaluando a niños escolares. (House A., 2009).

El DSM IV TR indica: "...los niños más pequeños pocas veces manifiestan síntomas cardiovasculares tales como palpitaciones, vértigos y sensación de desmayo, síntomas que sí pueden observarse en sujetos de más edad." (APA IV TR, 2001, p. 140) Ello probablemente debido que la consciencia propioceptiva se va desarrollando con la dimensión cognitiva, la cual aún se halla limitada en la edad escolar. En términos integrativos las funciones de Toma de Conciencia y de Significación en el sistema SELF (Opazo, 2001), aún se hallan precariamente estructuradas en escolares. "Los síntomas cardiovasculares como precordialgia o palpitaciones son más comunes de ser

percibidos en los niños mayores” (Pacheco B., Ventura T., 2009, 111) debido a que el desarrollo cognoscitivo ha permitido la parcial evolución de las Funciones del SELF (Opazo, 2001)

Es muy típico que el trastorno se acompañe de síntomas somáticos como “dolores, cefaleas, náuseas, palpitaciones, temblor, vértigos y lipotimias” (Pacheco B., Ventura T., 2009; Soutullo C. y Mardomingo M. J., 2010, p. 97), de las que quizás los niños no se acuerden o no reporten durante una entrevista, sin embargo estas se pueden observar durante la crisis de angustia.

En escolares pueden observarse diarreas, vómitos, urgencia urinaria (Mendez y Macià, 1991), en el contexto del aula estas señales pueden ser mal interpretadas como mentiras o intentos de escapar del salón de clases o de manipulación. Los adolescentes pueden también tener dichas manifestaciones, sin embargo la capacidad de Control Conductual y Autoorganización (Opazo, 2001) que tienen les permite una mayor función de inhibición conductual y control emocional.

### **2.9.3.2. Manifestaciones cognitivas/afectivas**

El contenido de los miedos y angustias que caracterizan al Trastorno de Ansiedad por Separación sufre modificaciones a lo largo del desarrollo, es decir sus representaciones cognitivas o dicho de otra manera el significado que se le atribuye a la angustia. En función de su edad, los sujetos pueden experimentar miedo hacia animales, monstruos, la oscuridad, fantasmas, ladrones, secuestradores, accidentes de automóviles, viajes en avión y otras situaciones que son percibidas como peligrosas para la integridad de la familia o de sí mismos.

Aunque el síntoma cardinal de este trastorno tiene que ver con el miedo o la angustia al separarse de los progenitores, este puede hallar diversas variaciones "...los niños de menor edad tienden a experimentar la ansiedad cuando la separación ya es un hecho, a medida que crecen la sufren anticipadamente, es decir, ante la posibilidad de la separación o ante el temor de que esta sea inevitable. La muerte es uno de los temas que genera más temor, pero también pueden tenerle miedo a algunos animales, monstruos o situaciones potencialmente peligrosas para sí mismos o su familia. Así mismo también pueden tenerle miedo a los ladrones, raptos, desconocidos o a ir de viaje." (APA, 2001, p.143)

Niños pequeños suelen tener pensamientos menos lógicos, más parecidos a fabulaciones. Incluso estando solos, especialmente por la noche, los niños de menor edad pueden explicar experiencias perceptivas inusuales p. ej., ver personas que dan vueltas por su habitación, criaturas monstruosas que intentan cogerlos, sienten que unos ojos les miran atentamente. (Soutullo C. y Mardomingo M. J., 2010). Aunque no está establecido que estas experiencias sean sueños o exageraciones de los niños. Por otro lado en la edad escolar son frecuentes las preocupaciones acerca de la muerte y el morir.

A medida que van creciendo las ideas catastróficas relacionadas a la separación pueden volverse más plausibles. Sin embargo "No siempre existe un temor a algo concreto; en ocasiones, este es difuso, genérico (por ejemplo a la vida en general) y se percibe con un elevado potencial amenazante." (APA, 2001, p. 140), los adolescentes con frecuencia no saben explicar la naturaleza exacta de la ansiedad y tienen conciencia de que la experiencia es atípica o anormal, por lo que ello suele derivar en problemas de autoconcepto y autoestima. Por ello, es que se puede observar en chicos y chicas mayores de

10 u 11 años sentimientos de vergüenza e inadecuación que generan el ocultamiento del problema en público.

### **2.9.3.3. Manifestaciones conductuales**

Los niños pueden manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultades para concentrarse en el trabajo o en el juego. Cuando están muy alterados ante la perspectiva de una separación, pueden mostrarse coléricos y, ocasionalmente, golpear a alguien que está forzando a dicha separación (Ruiz Sancho A. M. y Lago Pita B, 2005). Estas manifestaciones pueden confundirse con oposicionismo, sin embargo son la expresión conductual de la crisis de angustia y el apremio por la evitación de la temida.

La negativa a ir a la escuela puede dar lugar a problemas académicos y a evitación social, con frecuencia los profesores reportan que los niños se niegan a hablar con sus compañeros y que los ven solos en el recreo y que no quieren trabajar en el aula. Los niños pueden quejarse de que nadie les quiere, o de que nadie les cuida, y que otros desearían que estuvieran muertos. Por otro lado “suelen ser descritos como exigentes, intrusivos y precisando atención constante. Las excesivas peticiones del niño suelen producir frecuentes frustraciones en sus padres, dando lugar a resentimiento y conflictos en la familia.” (APA, 2001, p. 141), algunas tutoras y/o profesores se quejan de la actitud ‘pegajosa’ o ‘mimada’ de los niños. Así mismo son frecuentes síntomas depresivos como tristeza, llanto, apatía, dificultades para la concentración y el aprendizaje en la escuela, así como problemas de relación con los compañeros (Soutullo C. y Mardomingo M. J., 2010).

“Algunas veces estos niños son descritos como desusadamente conscientes, cumplidores y dispuestos a agradar.” (APA, 2001, p. 140), aunque en la literatura se utiliza la palabra ‘niños’ se ha visto que esta característica

acompaña con frecuencia a los adolescentes, que se observan complacientes y necesitados de aprobación.

Por su parte los adolescentes no suelen tener manifestaciones conductuales importantes en el contexto escolar, sino que la ansiedad se circunscribe a situaciones distintas, por ejemplo el contexto de su hogar. De hecho algunos autores (Mendez y Macià, 1991) sostienen que el rechazo escolar en adolescente se debe considerar específicamente como una manifestación de fobia escolar o de otro problema.

#### **2.9.4. Importancia práctica de la diferenciación entre síntomas en la niñez y la adolescencia**

Aunque las manifestaciones del TAS durante la adolescencia resultan poco relevantes para esta investigación, algo interesante al respecto es que las mismas se diferencian ampliamente de la experiencia subjetiva infantil y por lo que se ha podido investigar y observar en pacientes de edad adolescente sobre el tema, la angustia frente a la separación se halla con frecuencia encapsulada, es decir el adolescente no ve afectadas muchas áreas de su vida y es capaz de aislar dicha problemática e incluso mantenerla escondida del público por vergüenza, especialmente los varones (DSM IV TR, 2001). Ello probablemente porque los adolescentes tienen ya más desarrolladas las funciones del Self, específicamente: la Toma de Conciencia, Auto organización del Self, Significación y la Función de Control Conductual (Opazo, 2001), a diferencia de los niños de edad escolar cuyo trastorno, especialmente cuando empieza a aparecer, afecta prácticamente todas las áreas de su vida. En ellos (los niños) la ansiedad y las ideas que producen angustia se presentan a

manera de una especie de ansiedad generalizada pero con temores de contenido mucho más específico.

Estas apreciaciones son importantes especialmente desde el punto de vista práctico, pues las técnicas de intervención así como las modalidades de aplicación de las mismas dependerán del diagnóstico. Si este es muy genérico no aporta a la predicción ni al cambio terapéutico.

## **2.10. Curso del TAS**

El TAS puede tener un inicio agudo o insidioso. Frecuentemente es de inicio agudo cuando está precedido por un estrés significativo. (DSM IV TR, 2001)

El curso del TAS se caracteriza por períodos de exacerbación y remisión. Algunos niños se recuperan completamente sin ninguna secuela aparente y otros tienen largos períodos asintomáticos intercalados con períodos de exacerbaciones o recurrencias repentinas que pueden ocurrir en momento de mayor exigencia de autonomía. (DSM IV TR, 2001), sin embargo aun cuando exista remisión completa y no se presenten manifestaciones del TAS más adelante, la presencia de este entre los antecedentes de desarrollo de la persona se constituye en un factor de riesgo para otros trastornos en la vida adulta.

## **2.11. Diagnóstico diferencial**

La Ansiedad de Separación Puede estar presente en otros trastornos de la niñez y la adolescencia, como por ejemplo Trastornos generalizados del

desarrollo, y trastornos psicóticos infantiles (APA, 20019) en caso de ser así habrá de considerarse el TAS como subordinado a una patología mayor.

A diferencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños y adolescentes la preocupación del paciente gira en torno a la temática específica de separación (APA, 2001, Cia, 2002). Aun cuando pueda presentar sintomatología similar al TAG la especificidad de los contenidos cognitivos del TAS marca la diferencia entre uno y otro trastorno.

Como ya se ha indicado antes con frecuencia las manifestaciones del TAS pueden dar lugar a crisis de angustia, sin embargo al igual que con el TAG la diferencia gira en torno al contenido vincular que alimenta la ansiedad. (APA, 2001)

En trastornos disociales los niños suelen ausentarse de clases, sin embargo claramente la motivación de los mismos no es similar a la de los niños con Ansiedad de separación (APA, 2001) sin embargo los niños con características disociales pueden mentir o manipular emocionalmente a los adultos en los contextos educativos, aspecto con el que hay que tener cuidado y en el cual tienen especial relevancia los 'otros significativos' (Arettio, Müller y Mateluna, 2003), durante la recogida de información.

Las experiencias paranormales y los reportes exagerados de los niños pueden lucir como sintomatología psicótica (APA, 2001), sin embargo la prevalencia de la ansiedad y la reversibilidad de dichos síntomas en presencia de sus figuras vinculares marca la diferencia en el diagnóstico. En otras palabras los niños con TAS pueden presentar cierta similitud a la alucinatoria, pero la particularidad de la misma es que no se da nunca en presencia de adultos.



Fuera de lo que indica el DSM IV TR (APA, 2001) se deben distinguir el TAS de la fobia escolar, aunque estos trastornos se hallan íntimamente relacionados, los criterios al respecto se exponen en páginas anteriores, sin embargo cabe resaltar que al tratarse de una clasificación alternativa o paralela al TAS, muchos casos de TAS se hallan a la base de fobias escolares, sin embargo estas parecen afectar más a adolescentes que a niños (OMS, 1992).

## **2.12. Cuestiones clave para el diagnóstico del TAS en niños de edad escolar**

La sintomatología de los cuadros de ansiedad en niños puede resultar confusa y desconcertante para quien no tiene referentes claros de la multiplicidad de manifestaciones que puede implicar, por ser polimórficas (Ruiz Sancho A. M. y Lago Pita B, 2005). El TAS no es la excepción debido a que muchas de sus expresiones en niños pueden dar la impresión de otros diagnósticos, o simplemente ser interpretados como un problema de actitud del niño, dando lugar al sojuzgamiento del mismo o de los padres y su forma de educar.

Para no caer en el prejuicio o en apreciaciones mal enfocadas es conveniente que se tomen en cuenta las siguientes cuestiones para discernir entre ansiedad normal y ansiedad patológica en niños:

**Capacidad de recuperación frente a las emociones** (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B.; 2005) “En el caso de los niños, una regla de oro que ayuda a determinar el dintel diagnóstico entre la normalidad y la patología es la

capacidad del niño para recuperarse de la ansiedad y permanecer libre de ésta cuando la situación que la ha provocado ha desaparecido, lo que se denomina "flexibilidad en la adaptación afectiva" (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B.; 2005, p. 267). Puesto en palabras del enfoque integrativo supraparadimático, la inercia afectiva (Opazo, 2001) en niños es menor. Es decir que tienen un potencial de recuperación frente a las emociones que se caracteriza por ser mucho más rápido que el de un adulto.

Si un niño o una niña han desarrollado un TAS, la flexibilidad adaptativa se vuelve mucho menor, es decir la emoción patológica dura más y su intensidad no disminuye con el pasar de los minutos. Un niño afectado por el TAS puede llorar o hacer rabietas durante horas, hasta que observe a su figura de apego cerca o cese por cansancio (Pacheco B., Ventura T., 2009).

**Repetición del patrón de conducta** (Pacheco B., Ventura T., 2009), las emociones y/o conductas descritas se repiten en todas las oportunidades en las que se da o se aproxima una separación de la figura vincular, dicha consistencia en los ataques de angustia se da especialmente en las etapas agudas, o de aparición de la sintomatología. Este criterio debe diferenciarse de los períodos de remisión en los que niños sin tratamiento aparentan una mejoría y luego recaen.

**Desorganización conductual** (Pacheco B., Ventura T., 2009), el grado de desasosiego que experimentan los niños al vivenciar la separación con su cuidador es tal que su comportamiento se desorganiza altamente, pudiendo presentar intermitentemente: excitabilidad motora, deambulaciones, comportamientos agresivos con otros niños o adultos cercanos o aislamiento social. Si bien la función de Autoorganización del Self (Opazo, 2001) no se halla totalmente integrada y desarrollada en los niños, se espera que en

edades escolares puedan aprender a reponerse de las frustraciones con mayor facilidad que en etapas anteriores. Debido a esta marcada labilidad en el comportamiento estos niños pueden lucir mucho más inmaduros emocionalmente que los otros.

**Anticipación ansiosa activa** (Pacheco B., Ventura T., 2009), en sistemas familiares en los que el trastorno lleva cierto tiempo asentado se puede observar que sus integrantes (tanto el niño como sus cuidadores) al prever o al avecinarse una posible situación de separación empiezan a generar comportamientos en los que predomina la cercanía física. Se pueden observar incongruencias entre el lenguaje verbal y el lenguaje no verbal por parte de los cuidadores, puesto que estos exhortan verbalmente a los niños a alejarse, sin embargo la gesticulación, el lenguaje postural y el tono de voz son discordantes con el contenido de lo que se dice.

Este criterio implica no solamente al niño sino a sus cuidadores, debido a ello es que, por ejemplo, en ocasiones se observa que un cambio en la persona que lleva al menor a su escuela puede resultar una estrategia efectiva, especialmente durante los primeros días de manifestación del trastorno, debido a que aunque el niño empieza a tener manifestaciones conductuales de rechazo e intento de evitación de la situación, al no verse retroalimentada por una actitud incongruente de su cuidador su comportamiento se mantiene o decrece y es capaz de quedarse en la escuela.

Este último criterio (la anticipación ansiosa activa) no es aplicable en todos los casos de TAS, y aunque en la explicación que se da la respuesta afectiva del niño parece mediada o provocada por los cuidadores esta idea no es etiológica sino más bien plantea una relación circular de hechos.

## **2.11. DESARROLLO DE ENFOQUES DEL TAS DESDE PARADIGMAS DEL SUPRA PARADIGMA**

### **2.11.1. Paradigma biológico**

#### **2.11.1.1. Etiología**

Existen mucha evidencia de que el paradigma biológico es uno de los que más gravitación tiene sobre los trastornos de ansiedad en general, tanto en la población adulta como infantil (Barrera, 2003; Bunge E.; Gomar M.; Mandil J., 2008; Ruiz Sancho AM, Lago Pita B.; 2005), el TAS no es la excepción, especialmente en lo referido a predisposiciones temperamentales y elementos de vulnerabilidad biológica.

##### **2.11.1.1.1. Mecanismos de la respuesta de estrés.**

La OMS define la respuesta de estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción” (Citado en Cía, 2002), en estos términos, aun cuando se lo considera una respuesta normal ante las exigencias cotidianas, guarda un relación general con todos los trastornos de ansiedad, incluido el TAS.

Hans Seyle 1936 (citado en Cía, 2002) describió la activación simpático-adrenal observada en el Síndrome General de Adaptación (SGA) y las respectivas fases del mismo: alarma, resistencia y claudicación. El estrés es descrito por Nixon (1982, citado en Cía, 2002) como una respuesta adecuada del organismo ante exigencias que se presentan en la vida, al mismo se le

denomina estrés (Nixon, 1982), sin embargo cuando este sobrepasa un punto de inflexión en lo que se denomina 'curva de la función humana' o curva de rendimiento, el estrés benéfico, se convierte en un agente nocivo. Este 'punto de inflexión' en la curva de rendimiento de las personas deja un espacio amplio a la interpretación. El concepto mismo de 'Curva de Función Humana' solo es descriptivo y las diferencias individuales entre las personas en relación a esta y al punto en que esta empieza a descender no se han aclarado. Esto último da lugar a un sin número de hipótesis sobre los posibles agentes que influyen o causan las diferencias en las curvas de rendimiento interindividuales así como los aspectos que desencadenan el que algunas personas sobrepasen más pronto el 'punto de inflexión' a partir del cual el estrés sano se convierte patológico. Factores genéticos, temperamentales, cognitivos, ambientales o propiceptivos se han planteado como respuestas hipotéticas a esta cuestionante.

Cuando el individuo llega al estado denominado de fracaso adaptativo, es decir ha sobrepasado el 'punto de inflexión' en la curva de rendimiento, y sigue generando la reacción de distrés, paradójicamente se observa mayor vulnerabilidad a agentes estresantes, tal como se puede haber observado en los parámetros objetivos como el hipercortisolismo, hiperglucemia, hiperlipidemia, hiperglicemia, hipercuagulabilidad, hipertensión arterial y retención hídrica (Cía, 2002). En otras palabras el estrés se retroalimenta, lo cual explica el fenómeno subjetivo "todos los problemas en uno" que muchas personas manifiestan al estar ansiosas.

El estrés y la ansiedad llevan a la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal, que estimula el factor liberador de corticoides (Barrera, 2003), que como se conoce es característico de los procesos ansiosos.

La activación de las glándulas hipófisis y suprarrenales se ha asociado a procesos angustiosos “a partir de la estimulación mediada por los neurotransmisores del hipotálamo” (Cía, 2002, p. 104) al activarse el tronco hipotálamo-hipófisis suprarrenal se libera adrenalina al torrente sanguíneo y de esta manera la respuesta denominada ‘noradrenérgica’ activa al cuerpo para la acción generando dilatación de las pupilas, aumento de la glicemia en sangre, aceleración del ritmo cardíaco, sudoración, aumento de la tasa respiratoria (hiperventilación), sequedad en la boca, tensión muscular, disminución de sangre en el aparato digestivo, hiperirrigación sanguínea en los miembros. (Cía, 2002). Este tipo de mecanismos de alarma se activan en situaciones con alto potencial de peligro, y como se puede observar por las manifestaciones fisiológicas descritas, es sencillo dar cuenta del por qué se ha asociado este despliegue con las crisis de angustia.

“Un funcionamiento alterado del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal ha sido relacionado con altos niveles de ansiedad en niños y adolescentes, y síntomas de ansiedad por separación podrían predecir un nivel de concentración elevada de cortisol” (Kallen VL, Tulen JH, Utens EM, citados en Pacheco B., Ventura T., 2009, p. 114).

Por otro lado Cía (2002) compara al hipotálamo con una estación de procesamiento de las señales sensoriales, “las que basadas en el miedo condicionado clásico se dirigen al cerebro límbico” (p. 177) que como se sabe tiene una relación directa con la memoria y los procesos asociativos. De la misma manera el hipocampo transmite al sistema límbico las señales de los estímulos recibidos de las áreas neocorticales que se cree están asociadas al procesamiento de estímulos complejos, como los amenazantes. La amígdala cerebral, como mediador de la actividad autonómica, la regulación neurohormonal y el sistema musculó esquelético (Cía, 2002), se ha asociado

también con el aprendizaje emocional se asocia con los procesos de condicionamiento de las fobias y los miedos en general, así mismo se la ha asociado al apego humano inseguro (Pacheco B., Ventura T., 2009, p. 114)

#### **2.11.1.1.2. Temperamento y genética**

Conviene, antes de empezar el desarrollo de la influencia de estos conceptos diferenciar brevemente los mismos, debido a que su uso suele generar confusión.

El temperamento se refiere al conjunto de características que se consideran innatas, estables a lo largo de la vida y probablemente genéticas. En otras palabras la genética si se halla subsumida al temperamento, sin embargo este último no se considera netamente una consecuencia genética. (Sánchez y cols., 1996)

A nivel de predisposiciones temperamentales de la que más se ha hablado en la etiopatogenia del TAS y de los trastornos de ansiedad en general, es de la inhibición comportamental como predictor de ansiedad en la infancia (Pacheco B., Ventura T., 2009 ;Barrera 2003, Caspi, 1996). Esta consiste en no poder realizar una acción esperada, previsible, realizable en situaciones en las cuales el niño esté frente a cosas novedosas o a extraños. Eso lleva a una conducta retraída y a su vez a una búsqueda ansiosa de apoyo familiar. En otras palabras el temperamento inhibido influye en la posibilidad de retraerse ante una situación o estímulo novedoso y buscar simplemente evitarlo o reasegurarse buscando a la figura de apego.

En un estudio longitudinal realizado por Caspi (1996) se observó que el 53% de los niños inhibidos presentan algún trastorno de ansiedad o del estado de ánimo (Caspi citado en Barrera, 2003). Estos resultados corroboran la hipótesis del temperamento inhibido como predisponente al TAS.

En niños con Trastornos de Ansiedad por Separación se han encontrado valores más altos, comparativamente con los otros trastornos de ansiedad, de indicadores cardiovasculares de hipernoradrenergia. (Barrera, 2003), la norepinefrina es considerada la hormona del estrés y tiene un efecto directo en la hiperactivación del sistema simpático y sus manifestaciones sobre los aparato cardiovascular y respiratorio son particularmente importantes en los trastornos de ansiedad (Cia, 2002). “Los niños inhibidos y temerosos presentan un sistema autonómico con el tono simpático aumentado por lo que tendrían un mayor riesgo de desarrollar patología ansiosa” (O’Laughlin EM, Meeker EC, Bischoff citados en Pacheco B., Ventura T., 2009, p. 113)

Los estudios antes mencionados coinciden con las ideas de Eynseck (1967) sobre una vulnerabilidad a la ansiedad mediada por el temperamento, específicamente por los rasgos denominados Neuroticismo y Extraversión.

“Eynseck (1967) ha definido el neuroticismo en términos de labilidad o reactividad del sistema nervioso autónomo (activación autónoma-endocrina), y la extraversión en términos de los procesos de excitación en inhibición (Básicamente corticales). La escuela de Eynseck ha postulado que estos procesos (autónomos y corticales) son preferentemente de tipo hereditario” (Eynseck citado en Sandín, 1990). Aunque la evidencia empírica apoya dicha hipótesis no se ha establecido con claridad la lógica de los patrones de transmisión genética ni la proporción en la que lo heredado se involucra con lo



ambiental, aunque si se han realizado estudios (Shields, 1962, 1973; Flodeurs-Myrhed y col. 1980) en los que el neuroticismo se observa con un patrón elevado de heredabilidad.

En términos de Eysenck (1967, citado en Sandín, 1990) la introversión facilita el desarrollo o más bien la adquisición de ansiedad condicionada, ella combinada con un alto neuroticismo representarían un factor predisponente para el desarrollo de trastornos de ansiedad, lo cual corresponde con el concepto de ansiedad rasgo descrito e investigado por Gray y Spielberg en la década de los setentas (Citados en Sandín, 1990).

Spielberg y Gray (1972, 1970) realizan investigaciones sobre la premisa de una división de la ansiedad bajo la consideración de que la misma puede ser un rasgo característico más o menos estable en la personalidad, o bien un estado transitorio. La primera concepción recibe el nombre de 'ansiedad rasgo' y la segunda ansiedad estado. "La tendencia a la ansiedad se correlaciona entre un 0.6 y 0.8 con el llamado neuroticismo de Eynseck" (Cía, 2002, p. 47)

De acuerdo a una revisión teórica de los estudios con gemelos realizada por Sandín (1990) los trastornos de ansiedad tienen un importante componente genético, excepto la Ansiedad Generalizada, sin embargo uno de los problemas metodológicos de la revisión realizada es la imprecisión histórica de las diferentes clasificaciones, puesto que las categorías diagnósticas y sus respectivos criterios varían de época a época y ello puede generar resultados poco claros y confusiones a la hora de realizar análisis como el de Sandín.

En concordancia con las teorías genéticas de la vulnerabilidad a la ansiedad se ha observado que los hijos de padres que presentan trastornos de ansiedad

tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos ansiosos. El TAS es más común en niños cuyos padres tienen antecedentes de trastornos de ansiedad o trastorno depresivos, (Pacheco B., Ventura T., 2009, p. 114)

### **2.11.1.1.3. Activación psicofisiológica**

Estudios sobre la respuesta de la actividad electrodermal, tasa cardíaca y respiratoria en pacientes con trastornos de ansiedad han revelado la elevación de dichas manifestaciones en comparación con personas que no padecen dichos trastornos. Sandín (1990) menciona algunos:

- Lader, 1967.
- Lader y Wing, 1966.
- Goldstein, 1964.
- Wing, 1964.
- Sartory y Lader, 1980.

Estos hallazgos corresponden con la hipótesis de que las personas con trastornos de ansiedad presentan un estado de hiperactivación autónoma (Malmo, citado en Sandín, 1990). Ello a su vez es consistente con las ideas de Eynseck sobre el neuroticismo (1967) y una predisposición biológica a la ansiedad.

Lader y Mathews (1968) encontraron que dicho nivel de activación psicofisiológica solo es elevado en pacientes que presentan trastornos con agorafobia, es decir fobias ante situaciones muy inespecíficas. A diferencia de pacientes con trastornos fóbicos ante situaciones específicas en los que dicho nivel de activación no parece ser distinto de la población normal. Leader

escoge el término arousal para describir la activación mencionada (Lader y Mathews citados en Sandín, 1990).

La activación psicofisiológica (arousal) exacerbada puede considerarse tanto un factor predisponente como un factor mantenedor de los trastornos de ansiedad, en un modelo de causalidad de los mismos. Sin embargo la importancia de los hallazgos de Leader y Mathews (1968) coincide con los hallazgos de que una proporción (30 a 40%) de niños que presentan TAS correlaciona con el trastorno por crisis de pánico con agorafobia en la edad adulta. Esta correlación podría ser interpretada como una expresión de que una parte de los Trastornos de Ansiedad por Separación son caracterológicos o tienen como componente etiológico la predisposición que Eynseck denomina Neuroticismo e Introversión.

Por último los problemas obstétricos, como complicaciones en el embarazo y perinatales, son predictores de trastornos de la ansiedad en la infancia, especialmente de TAG, trastornos de ansiedad de separación y agorafobia. (Barrera, 2003; Pacheco B., Ventura T., 2009). Estos pueden entenderse desde la lógica del paradigma Biológico como otro factor que interactúa con los aspectos hereditarios, antes mencionados del TAS.

#### **2.11.1.1.4. Diferenciación sexual**

Si bien las cifras epidemiológicas de los trastornos de ansiedad revelan que se observa mayor incidencia en la población femenina, particularmente bajo la etiqueta de fobia escolar (Weissman 1985), no se pudieron encontrar datos consistentes que apoyen la hipótesis de procesos dismórficos de diferenciación sexual del cerebro (Sandín, 1981). Este es un tema que exige mayor

investigación y profundización, puesto a que aunque existen hipótesis respecto a la diferenciación de las estructuras neuroanatómicas entre hombres y mujeres no existen estudios que prueben la incidencia de las mismas en la génesis de los trastornos de ansiedad.

Sin embargo y por otro lado los ritmos psicobiológicos femeninos son diferentes a los masculinos y se han hipotetizado que dicha diferencia puede generar cierta vulnerabilidad en las mujeres. El ritmo infradiano mensual, es decir el ciclo menstrual, que posee componentes neuroendocrinos y psicológicos, cuya variación periódica hace que se presenten cambios conductuales en el denominado síndrome premenstrual, que tiene manifestaciones ante todo emocionales. Ello ha hecho pensar a algunos autores (Sandín, 1981; Vila y Beach, 1977) que las mujeres presentan cierta vulnerabilidad a los trastornos neuróticos, entre los cuales se cuentan, los trastornos de ansiedad. Las investigaciones han llevado a la conclusión de que el período premenstrual en las mujeres es especialmente susceptible para el aprendizaje de respuestas condicionadas aversivas (Villa, 1978 y Gonzáles 1981 citados en Sandín, 1990). En el contexto del desarrollo esto significa que la etapa prepuberal y la pubertad misma podrían considerarse momentos críticos para el desarrollo de trastornos ansiosos y/o afectivos. Sin embargo en el marco de la presente investigación no se ha podido encontrar información pertinente a la edad escolar que diferencie los procesos etiopatogénicos de las niñas en comparación con los niños.

#### **2.11.1.2. Tratamiento desde el paradigma biológico**

Desde el paradigma biológico se plantean intervenciones que se pueden denominar típicas y alternativas. El primer grupo hace referencia a la farmacoterapia, y el segundo a las intervenciones no farmacológicas pero que

afectan de alguna manera el funcionamiento de dicho paradigma como: la nutrición, el ejercicio la higiene del sueño y la medicina alternativa.

#### **2.11.1.2.1. Farmacoterapia**

La actitud de los especialistas hacia la farmacoterapia en casos infantiles es variada y contradictoria. Algunos como Pacheco B., Ventura T., (2009) indican que la farmacoterapia solo debería ser considerada en el tratamiento de los trastornos de ansiedad si la sintomatología es severa o invalida notoriamente el funcionamiento del niño, o en el caso de que de 6 a 8 semanas de psicoterapia no logren reducir la sintomatología, esto último tomando en cuenta la intervención con los padres.

Una posición distinta se observa en Berstein y cols. (1996, Stein y Hollander, 2002) que ponen de relieve que las intervenciones farmacológicas son cada vez más aceptadas entre los recursos terapéuticos para los trastornos de ansiedad en la población infantil y adolescente. Aunque se cree que su uso solo cada vez más frecuente se apoya en su popularidad clínica (Kutcher y cols. 1995).

En todo caso “los mecanismos descritos hasta ahora sobre la acción de los fármacos no dejan de ser hipotéticos y se han realizado muy pocos estudios empíricos sobre la eficacia y mucho menos sobre la inocuidad de fármacos concretos” (Klein y cols., 1995 citados en Stein y Hollander, 2002). De cualquier forma la mayoría de los especialistas recomienda el uso de farmacoterapia con niños y adolescentes en combinación con terapia Cognitivo-Conductual.

Debido a la naturaleza inexacta y poco estudiada del tratamiento farmacológico se recomienda tomar ciertas consideraciones en cuenta antes de empezar una intervención de esta naturaleza. En el cuadro que sigue se aprecian las mismas:

#### **Cuadro 10: Método para la prescripción de los fármacos psicotrópicos**

Efectuar una evaluación basal amplia, que incluya escalas de evaluación y, si procede, mediciones de laboratorio.

Considerar cuidadosamente el tema del tratamiento farmacológico distintos, si es posible, de los de la terapia psicosocial

Establecer la relación entre riesgo y beneficio de cada tratamiento y solicitar el consentimiento informado

Comenzar, en principio, por las estrategias farmacológicas menos complicadas y arriesgadas

Definir los indicadores de cada dominio importante para rastrear mejor los posibles beneficios y efectos secundarios

En la medida de lo posible, utilizar solo un fármaco cada vez, a fin de minimizar la confusión durante el seguimiento de la respuesta

Cuando se ajuste la medicación, evaluar tanto la relación entre la dosis y la respuesta (relación temporal) de la medicación escogida para combatir el trastorno psiquiátrico del paciente.

Seguir un modelo de etapas terapéuticas, basado en

pruebas documentales (“evidencia”), y definir el momento para decidir si se ha producido el efecto beneficioso esperado

Fuente: Stein y Hollander, 2002, p. 508

Así mismo se debe indagar la significación atribuida por la familia y el niño al consumo de medicamentos, pues este factor puede influir en la adherencia y continuidad que se da al mismo. Otros factores que intervienen en el cumplimiento con la terapia farmacológica son: el sabor, la vía de administración, la accesibilidad económica del medicamento. (Stein y Hollander, 2002)

### Cuadro 11: medicamentos de uso común en trastornos de ansiedad

Grupo terapéutico	Medicación	Indicaciones terapéuticas	Comentarios
Inhibidor selectivo de la receptación de la serotonina (ISRS)	Citalopram	Los ISRS pueden ser útiles en todos los tratamientos de ansiedad, salvo en la fobia específica	Los ISRS son los fármacos de primera línea con un amplio espectro de actividad sobre muchos trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, y con una actividad singular en el TOC; buena tolerancia en comparación con los antidepresivos tricíclicos
	Escitalopram *		
	Fluoxetina		
	Fluvoxamina		
	Paroxetina		
Antidepresivos tricíclicos	Sertralina	Todos los trastornos de ansiedad salvo el TOC y la fobia específica	Fármacos de segunda línea detrás de los ISRS; existe vigilancia del ECG y pruebas de laboratorio; probablemente no resulten eficaces en la depresión
	Imipramina		
	Nortriptilina		
	Desipramina		
	Clomipramina	Único antidepresivo tricíclico utilizado en el TOC	Uso después de dos o tres ensayos fallidos con ISRS

Benzodiazepinas	Alprazolam	Ansiedad situacional y anticipatoria de todos los trastornos de ansiedad	Preferiblemente para uso breve mientras se aguarda el efecto de los ISRS. La desinhibición y la dependencia fisiológica pueden resultar problemáticas
	Clonazepam		
	Lorazepam		
Otros fármacos	Buspirona	Trastorno de ansiedad generalizada	La buspirona es un ansiolítico de amplio espectro; no resulta eficaz en el trastorno de angustia con agorafobia, ni en el TOC; puede ser útil en sustitución de una benzodiazepina, cuando hay riesgo de abuso de sustancias. El propanolol y otros beta-bloqueadores se utilizan sobre todo para la ansiedad ante la acutación inmediata en público.
	Propanolol	Fobia específica	

Fuente: Stein y Hollander, 2002, p. 509

Normalmente “los fármacos de primera elección en el tratamiento del TAS son los inhibidores selectivos de recaptación de serotoninas (ISRS)” (Dieleman GC, Ferdinand RF citados en Pacheco B., Ventura T., 2009). Barrera (2003) recomienda Fluoxetina en dosis muy bajas, 2,5 mg por día, por su efecto ansiolítico y antidepresivo. Y aunque representan un riesgo por la desinhibición y su potencial adictivo las benzodiazepinas suelen ser recomendadas durante los momentos previos a la separación, normalmente clonazepam en gotas. (Barrera, 2003)

Dentro de los ISRS se ha comprobado la eficacia de la fluoxetina en el tratamiento con niños. En este sentido existen estudios que han demostrado la eficacia sintomatológica de la fluoxetina, sobre todo en pacientes que no responden a tratamiento psicoterapéutico otra ventaja que este Inhibidor Selectivo de la Recaptación de la Serotonina ha demostrado son efectos secundarios leves. Algunos de estos estudios son mencionados por Pacheco y Ventura (2009):



- *Birmaher B, Waterman GS, Ryan N, et al:* Fluoxetine for childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994.
- *Clark DB, Birmaher B, Axelson DA, et al:* Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders: openlabel, long-term extension to a controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005
- *Birmaher B, Axelson DA, Monk K, et al:* Fluoxetine for the treatment of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003<sup>7</sup>

Una segunda línea de farmacoterapia pueden ser las *benzodiazepinas*, como el alprazolam y el clonazepam, sin embargo su eficacia no ha sido comprobada en niños y/o adolescentes (Pacheco y Ventura, 2009)

En ensayos clínicos controlados (Dieleman GC, Ferdinand RF, 2008; Dieleman GC, Gaae F, Milner J, Rizzotto L, Klein RG, 1994; Bernstein GA, Garfinkel BD, Borchardt CM 1990, citados en Pacheco y Ventura, 2009) no se ha observado diferencia significativa entre uso de benzodiazepinas versus placebo en pacientes con trastornos ansiosos, ello se atribuye al limitado efecto que tienen en cuanto a la duración de la supresión de la ansiedad, por ellos se recomienda su utilización discreta, sobre todo para mitigar la ansiedad de separación cuando esta se presenta en forma de rechazo escolar. Por otro lado, acerca del tiempo que dure la prescripción de las mismas se recomienda que sea corto y bajo permanente supervisión, ello debido al potencial de dependencia que poseen. (Pacheco y Ventura, 2009)

---

<sup>7</sup> Se debe aclarar que la bibliografía mencionada no desarrolla exhaustivamente los estudios sino simplemente hace referencia de ellos.

### **2.11.1.3. Conclusiones sobre el análisis del paradigma biológico en el TAS**

Las teorías etiopatogénicas del paradigma Biológico sobre la los trastornos ansiosos en la infancia y específicamente el Trastorno de Ansiedad Por separación son amplias y gozan de respaldo científico significativo. Particularmente llaman la atención la teoría sobre una vulnerabilidad temperamental de Eynseck (1967) y los correlatos de las investigaciones de Spielberg y Gray (1972, 1970) y Lader y Mathews (1968). La evidencia presentada al respecto apunta a la existencia de características estructurales de la personalidad cuyo origen está vinculado a la biología.

Así mismo estas teorías ponen de manifiesto una posible continuidad evolutiva entre los trastornos ansiosos de tipo agorafóbico y el TAS, ello al menos en un tercio de la población adulta diagnosticada, y llevan a pensar que se puede hablar de un Trastorno de Ansiedad por Separación cuya etiología se cimenta en bases temperamentales.

En términos integrativos, las personas con combinaciones temperamentales de Alto Neuroticismo y Baja extraversión corren el serio riesgo de tener una biología que afecta su función de significación, llevándolas a cogniciones afectivo dependientes. Para explicar esto de una manera más simple, el temperamento inhibido es predictor de afectos ansiosos, los cuales a su vez influyen la percepción del mundo y del sí mismo, estos fenómenos fueron descritos ya por el Dr. Roberto Opazo (2001), la novedad en este sentido es la consideración del TAS como factor altamente predictor de estas características, y en un razonamiento en reversa la lógica conclusión de que los niños con un TAS con antecedentes temperamentales como los descritos por Eynseck corren el serio riesgo de convertirse en un adulto con estilos cognitivos

disfuncionales, o dicho de otra manera, de mantener un procesamiento cognitivo inmaduro.

Por otro lado en la literatura consultada se mencionan factores de riesgo pre y perinatales para los trastornos de ansiedad, sin embargo el carácter genérico de los mismos para otras psicopatologías y la ausencia de información sobre el cómo ejercen su influencia dichos factores sobre la génesis de los trastornos ansiosos, deja más dudas que certezas sobre este aspecto. En otras palabras no se halló literatura que explique la conexión de estos elementos y la patología de interés para esta investigación, probablemente porque la metodología aún está limitada a los estudios que correlacionan dichas variables sin poder desarrollar investigaciones que puedan explicar las relaciones entre ellas.

La patología ansiosa afecta más a mujeres que a hombres, y desde el paradigma biológico se han ofrecido explicaciones tentativas al respecto:

Por un lado la diferenciación neuroanatómica que se plantea existe según el sexo, acerca de la cual no se halló literatura apropiada y;

Por otro lado los ritmos biológicos diferentes entre hombres y mujeres, particularmente el referido a las características endocrinas y el ciclo de ovulación/menstruación que efectivamente plantea una vulnerabilidad cíclica en las mujeres para el desarrollo de trastornos de ansiedad, por condicionamiento aversivo.

Esta última cuestión, la vulnerabilidad femenina cíclica a los trastornos de ansiedad, aunque interesante, resulta de poca relevancia para los fines de la investigación puesto que la característica a la que se hace referencia en el sexo femenino, se encuentra en un rango evolutivo distinto. Ello explicaría la predominancia de TAS en mujeres durante la pubertad y la adolescencia, pero no en la infancia.

En cuanto a la intervención farmacológica se puede observar que contrastantemente con las amplias referencias a evidencia empírica en la etiología desde lo biológico, es poco lo que se sabe a ciencia cierta sobre la medicación en trastornos de ansiedad con niños, y en todo caso los especialistas recomiendan, con cuidado la psicofarmacología infantil, y en lo posible combinarla con intervenciones psicosociales particularmente con la terapia cognitivo conductual.

La dificultad para hallar literatura pertinente no permitió establecer criterios sobre la importancia de otros factores biológicos que pueden ser fuente de influencia menos distal sobre los trastornos de ansiedad infantiles y particularmente el TAS. Aspectos como la alimentación, el peso, la higiene del sueño, la presencia o ausencia de ejercicio físico, pudiendo ser considerados como factores protectores o de vulnerabilidad frente a la patología, no son lo suficientemente estudiados y se constituyen en un terreno fértil para la investigación científica.

## **2.11.2. Paradigma cognitivo**

### **2.11.2.1. Etiología del TAS desde el punto de vista cognitivo**

#### **2.11.2.1.1. Ambiente y cogniciones**

Si bien la orientación cognitiva da mucha importancia a los procesos mentales, en la actualidad esta reconoce tácitamente la génesis de muchos trastornos ansiosos en los procesos de aprendizaje de tipo clásico y operante como se describen en el paradigma conductual (Stein y Hollander, 2002). Sin embargo agregan a esta etiología el valor de la mediación cognitiva, es decir la Significación (Opazo, 2001) que se le da a los sucesos externos por medio de eventos cognitivos como la atención, la percepción, la imaginación o bien de estructuras cognitivas como los esquemas de pensamiento.

Bunge E.; Gomar M.; Mandil J., (2008) refieren que existe una transmisión cultural y/o familiar de sesgos catastróficos. Desde el punto de vista de la teoría cognitiva esta opera desde el condicionamiento social, modelado de los padres (Bandura, 1968) y el reforzamiento de los temores en la infancia (Cía, 2002).

“El control excesivo y la sobreprotección de los padres pueden significar en el niño que éste crea que el mundo sea ante todo un lugar peligroso.” (Pacheco B., Ventura T., 2009, 114) de esta manera los recursos de afrontamiento del niño comienzan a ser percibidos como insuficientes para enfrentar la realidad.

Por otro lado la naturaleza de los ambientes en un sentido socioeconómico pueden también alimentar el contenido del TAS, es decir los temores

específicos que se manifiestan en la sintomatología, por ejemplo vivir en un barrio pobre puede exponer al niño a situaciones de riesgo real que sirvan para alimentar la idea de que a sus padres o a él mismo le pueda suceder 'algo' (Ruiz Sancho AM, Lago Pita B.; 2005).

### **2.11.2.1.2. Diálogos internos**

Gold (2006) denomina pensamiento catastrófico reverberante (CR) a un estilo de diálogo interno que puede compararse con las ideas de Ellis (1955) sobre el diálogo irracional y su incidencia en las emociones y la conducta.

De acuerdo a Ellis (1955, citado en Davis M., Robbins E. y Mckay M., 1985) y su modelo ABC:

A: en primer lugar están los sucesos tanto externos como internos.

B: en segundo lugar, mediando los sucesos externos, se hallan las cogniciones o pensamientos, que son diálogos privados que evalúan las situaciones enfrentadas. Los mismos pueden ser más racionales, realistas o adaptativas o bien, pueden ser irracionales, desadaptativas o inadecuadas.

C: en tercer lugar, y como consecuencia de los diálogos internos, se encuentran las emociones y/o comportamientos que corresponderán a la racionalidad o irracionalidad del factor cognitivo. (Ellis, 1955 citado en Davis, Robbins y Mckay, 1985).

El elemento descrito por Gold (2006) como pensamiento catastrófico reverberante, se hallaría en el espacio que corresponde a los diálogos internos. Gold asume que en los niños con TAS, esta es una reacción automática al enfrentar situaciones en las que se percibe algún grado de amenaza, la cual

condiciona un incremento desproporcionado en la emoción ansiosa, llevando al niño al desborde emocional y por lo tanto a una crisis de angustia.

El pensamiento catastrófico reverberante (Gold, 2006) así como los diálogos irracionales (Ellis, 1955) plantean hipótesis mediacionales en el TAS que son difíciles de comprobar en niños dadas las características inmaduras de su pensamiento y limitada expresión verbal. Por lo tanto el valor etiológico de estas ideas se queda justamente en el campo hipotético.

Los trabajos de Beck y Emery (1985, citados en Bunge y cols., 2008) sobre la terapia cognitiva para los trastornos afectivos y ansiosos son también muy conocidos. Estos autores afirman que la ansiedad resulta del grado en que:

- “Se sobrestima la amenaza y el costo o significado que se le asigna” (p. 34)
- “Se subestima la propia capacidad de afrontamiento y los factores de rescate” (p. 34)

Así mismo Beck y Emery (1985) identifican como mantenedores de la ansiedad a: las conductas de evitación, la atención selectiva de amenazas y las medidas de seguridad. Puesto que ellas impiden la prueba a criterios reales de la sobrestimación de la amenaza así como la subestimación de las propias capacidades.

El constructo medular en la teoría de Beck y Emery (1985) es el de esquema (Beck y Emery citados en Cía, 2002). Los esquemas son estructuras cognitivas, que determinan el funcionamiento o procesamiento de la información o dicho de otro modo, un esquema es la manera en que la personas aprende a pensar y percibirse a sí misma y al mundo. Los esquemas

se construyen en función de las experiencias, sin embargo como la evidencia científica del paradigma biológico lo demuestra, también están mediatizados por la fisiología del individuo.

Existe evidencia empírica que sustenta la teoría de Beck y Emery (Citados en Cía, 2002), puesto que pudieron comprobar que: “los individuos ansiosos son hipersensibles a los aspectos potencialmente dañinos de una situación, pero no tienden a responder de la misma manera a los aspectos positivos o benignos. También sugieren que el rango de estímulos que pueden evocar la ansiedad en el TAG, puede incrementarse de tal modo, que casi todos los estímulos son percibidos como peligrosos. Otra conclusión de estos autores es que este tipo de pacientes tienden a interpretar los estímulos ambiguos de manera amenazante. Por último, afirman que el paciente ansioso utiliza gran parte de su capacidad cognitiva para escanear y percibir los estímulos amenazantes. Por consiguiente, la capacidad cognitiva disponible para atender otras demandas cotidianas se encuentra restringida severamente.” (p. 54)

Se pueden comparar a los esquemas con un par de anteojos con los que las personas observan las cosas, puesto que los afectan la percepción de las cosas y por tanto las ideas que se tienen al respecto. (Bunge E.; Gomar M.; Mandil J., 2008). Otro término que es utilizado por estos autores es el de ‘modo’ “el cual consiste en *‘diversos grupos de reglas y conceptos que son organizados en término de función de temas generales’* (Beck y Emery, 1985 citados en Cía, 2002), en el caso de las personas que tienen trastornos de ansiedad, el modo predominante es el de la vulnerabilidad o peligro, es decir los esquemas que predominan son los que se relacionan con el miedo y lo amenazante. Esta explicación es muy apropiada para describir procesos de ansiedad generalizada, y se puede aplicar particularmente a la vivencia subjetiva del TAS durante la adolescencia descrita en el DSM IV TR (APA,



2001): “No siempre existe un temor a algo concreto; en ocasiones, este es difuso, genérico (por ejemplo a la vida en general) y se percibe con un elevado potencial amenazante.” (p. 140)

Beck (Citado en Mckay y Fanning, 1991) desarrolla una clasificación de nueve distorsiones cognitivas, que son procesos mentales tendenciosos de alguna manera similares a los planteados por Ellis (1955) de los cuales existen algunos pueden presentarse en los trastornos de ansiedad infantiles:

*Hipergeneralización:* consiste en hacer generalizaciones prácticamente universales sobre la base de experiencias aisladas.

*Designación global:* denominaciones peyorativas para describir las características propias.

*Filtrado:* Atención selectiva orientada a lo negativo y desatención a aspectos positivos.

*Pensamiento polarizado:* pensamiento absolutista, es decir de “blanco o negro” sin permitir la apreciación de puntos intermedios.

*Autoacusación:* asunción de total responsabilidad o culpa de los acontecimientos.

*Personalización:* suposición de que todo lo que sucede tiene que ver con uno mismo

*Lectura de la mente:* suposición sin fundamentos objetivos de que las demás personas no se interesan en uno.

*Falacia de control:* sentimiento de responsabilidad exagerado sobre los demás y lo que sucede.

*Razonamiento emocional*: Suposición sin fundamentos de que las cosas son como se sienten. (Beck citado en Mckay y Fanning, 1991)

De los procesos planteados por Beck, se pueden considerar intervinientes en el TAS:

- el filtrado.
- el pensamiento polarizado.
- el razonamiento emocional.
- la hipergeneralización.

Debido en primer lugar a que corresponden o son análogos a las características cognoscitivas inmaduras de los niños de edad escolar, y en segundo lugar a que coinciden con la naturaleza de las manifestaciones del TAS.

En términos más actuales Kendall (1992) basado en las ideas de Beck plantea que los recursos cognitivos de afrontamiento que se encuentran en los niños con trastorno de ansiedad por separación son pobres y les llevan a contemplar el mundo con un esquema lo cual les conduce a preguntarse sobre las posibilidades catastróficas cuando confrontan una situación con algún potencial ansiógeno, ello implica una valoración del mundo como peligroso y por tanto mayores posibilidades de subsecuentes conductas de evitación. (Kendall Citado en Stein y Hollander, 2002)

Como se puede apreciar los conceptos que se asocian a la etiología del Trastorno de ansiedad corresponden a una falla en la significación (Opazo, 2001) que se le asigna a los eventos. Sin embargo, al revisar la literatura se ha podido encontrar que la teoría cognitiva-conductual reconoce: por un lado que los eventos internos que desencadenan los ataques pánicos en el TAS,

parecen responder a predisposiciones biológicas (Eynseck ,1967;Caspi (1996; Lader y Wing, 1966; Goldstein, 1964Sartory y Lader, 1980) y por otro lado la importancia de la influencia ambiental de las experiencias en contextos como la familia, la escuela, la cultura en el aprendizaje y/o consolidación de determinadas formas de ver el mundo y a sí mismos (Bunge E.; Gomar M.; Mandil J., 2008; Soutullo C. Mardomingo M. J., 2010 ). Por lo tanto los elementos descritos en el paradigma cognitivo se pueden hipotetizar como predisponentes y mantenedores del Trastorno de Ansiedad Por separación en niños.

### **2.11.2.1.3. Psicología genética de Piaget, la inteligencia como una variable interviniente en los trastornos de ansiedad.**

No se puede negar la importancia que tiene Jean Piaget en el desarrollo del paradigma cognitivo, puesto que muchas de las ideas que manejan los autores desarrollados en la sección anterior se pueden rastrear hasta los conceptos desarrollados por este. Sin embargo tal no es la razón para incluir las ideas generales de la epistemología genética de Piaget (1955) sino introducir en este documento un criterio evolutivo universalmente utilizado o al menos aceptado para la comprensión de los factores de desarrollo que influyen en los procesos ansiosos en la infancia.

Para Piaget el concepto de inteligencia tiene que ver con el continuo desarrollo de la capacidad para dominar el mundo, que va desde lo más esencial que es la motricidad hasta las formas más sofisticadas de razonamiento en el pensamiento hipotético deductivo. (Beard R., 1971)

Plantea un desarrollo gradual de la inteligencia caracterizado en cuatro estadios evolutivos, cada uno de ellos caracterizado por conductas, formas de lenguaje y pensamiento específicos que permiten al niño resolver problemas o desafíos típicos de la edad. Este tránsito no es lineal sino cíclico, es decir el atravesamiento de un estadio no significa el abandono permanente de este sino simplemente su superación para la consecutiva conquista del siguiente, ello con la posibilidad de regresar a las formas de pensamiento, lenguaje y conducta del estadio superado cuando se tropiece con problemas nuevos difíciles de resolver. (Pérez; 2008)

Las cuatro etapas del desarrollo planteadas por Piaget son:

- Estadio sensoriomotor, que va desde el nacimiento a los 18 meses.
- Estadio preoperacional, que se extiende desde los 18 meses a los 7 años
- Estadio de las operaciones concretas, abarca la edad escolar, desde los 7 años hasta los 11 años o el inicio de la adolescencia.
- Estadio de las operaciones formales, que va desde el inicio de la adolescencia en adelante.

#### **2.11.2.1.3.1. El estadio sensoriomotor**

Tiene por característica principal la conquista del propio cuerpo y la sensopercepción. Piaget (1955) entiende que partiendo de los reflejos los niños van desarrollando el control de su propio cuerpo armando 'esquemas' que son secuencias de acciones concretas y claramente definidas. (Beard, 1971)

#### **2.11.2.1.3.2. El estadio preoperacional**

Denominado de esta manera porque el niño empieza a desarrollar la habilidad de la comunicación a través del lenguaje, sin embargo este tiene serias dificultades así como el pensamiento que aún no es lógico, algunas de las limitaciones que mantienen a este tipo de pensamiento como previo a las operaciones lógicas son:

- Egocentrismo: que consiste en la incapacidad de asumir un punto de vista diferente al propio.
- Razonamiento transductivo: que a diferencia de los razonamientos deductivos o inductivos va de lo particular a lo particular.
- Sincretismo: que consiste en unir ideas sin establecer una relación lógica sino simplemente por la contingencia perceptiva.
- Centración o pensamiento unidimensional: que implica que cuando el niño examina o piensa en algo solo puede hacerlo una dimensión a la vez.
- Realismo: extensión del propio punto de vista al de los demás.
- Irreversibilidad lógica: Incapacidad de pensar ir adelante y hacia atrás en sus razonamientos.
- Animismo: atribución de vida a objetos inanimados. (Beard, 1971; Pérez 2008)

Dichas características se pueden considerar de pensamiento inmaduro, y si se las compara con las ideas de Beck y Emery (1985) y con ciertas características del TAS se pueden hallar coincidencias.

### **2.11.2.1.3.3. Estadio de las operaciones concretas**

Este corresponde a la edad escolar y en él se espera que los niños desarrollen su capacidad de pensamiento lógico (Beard, 1971), sin embargo y tal como

expone el nombre del estadio, dicha capacidad solamente se circunscribe a las experiencias concretas o vividas de manera directa por el niño.

Por otro lado se espera que durante esta edad el niño empiece a regular su propio comportamiento debido a que su capacidad de razonamiento aunque concreta aumenta su juicio sobre lo que es permitido y no permitido en un grupo social.

Así mismo se espera que el niño venza o disminuya algunas de las dificultades de razonamiento características del estadio anterior:

El egocentrismo y el realismo disminuyen permitiendo desarrollar una mayor capacidad de empatía y de consideración con los demás.

El razonamiento transductivo y el pensamiento sincrético disminuyen notoriamente debido a la creciente capacidad del niño para razonar lógicamente, por su parte la capacidad de reversibilidad aumenta.

Las explicaciones animistas del mundo disminuyen considerablemente y se vuelven más artificialitas, es decir se cree que todos o la mayoría de los acontecimientos son causados por el hombre.

#### **2.11.2.1.3.4. Estadio de las operaciones formales**

Durante la adolescencia se consolida el pensamiento hipotético deductivo gracias al cual se aprende a realizar hipótesis, es decir a pensar lógicamente en términos de posibilidades. Esto permite la comprensión de ideas abstractas, por lo tanto se supone que los errores lógicos de las anteriores etapas están prácticamente superados.

Como se puede observar la teoría de Piaget plantea un patrón de desarrollo de la inteligencia cuyas implicaciones sobre el desarrollo afectivo son evidentes.

#### **2.11.2.2. Tratamiento del TAS desde el paradigma cognitivo conductual**

“Desde mediados de los setenta se ha empezado a entrenar a niños en estrategias para enfrentar sus miedos como autodeclaraciones de competencia o control, imaginación de escenas agradables y/o relajación.”( Méndez F. y Macià D, 1991). Hoy en día es muy difícil hablar de tratamientos exclusivamente cognitivos, pues se ha reconocido el valor de las intervenciones ambientales. Así mismo la literatura indica que los antecedentes de la terapia cognitiva se remontan al desarrollo de las técnicas conductuales. (Stein y Hollander, 2002) por lo tanto existe un parentesco implícito en lo referido a los paradigmas conductual y cognitivo, parentesco que se evidencia cuando se hallan técnicas y orientaciones bajo el rótulo de cognitivo-conductuales.

“En los últimos 40 años han surgido diversas terapias cognitivo-conductuales complejas, con soporte empírico para los trastornos mentales infantiles.”(Hibbs y Jensen, 1996. citados en Stein y Hollander, 2002, p. 503) Así mismo en ellas

se enfatiza el desarrollo de intervenciones breves y orientadas al problema, este criterio pragmático junto con la evidencia empírica que las sustenta, las ha convertido en las técnicas de predilección actuales para el tratamiento de los trastornos ansiosos en niños.

Las terapias cognitivo conductuales (TCC) han sido las únicas en recibir apoyo empírico, tanto desde un punto de vista individual (Kendall, 1994), o familiar (Barrett y cols. 1996). Esto plantea una ventaja metodológica a la hora de escoger dichas técnicas para la intervención. Por otra parte se han desarrollado manuales específicos, tal es el ejemplo de los trabajos de Kendall (1994, 2010) para el tratamiento del Trastorno de Ansiedad por Separación.

#### **2.11.2.2.1. Características de la intervención cognitiva-conductual**

Quizá mucho antes del desarrollo de las técnicas de intervención terapéutica que se pueden denominar propia o exclusivamente cognitivas, se desarrollaron variaciones mediacionales o cognitivas de las intervenciones conductuales clásicas: Por ejemplo la técnica de Imágenes emotivas: Jackson y King, 1981; Lazarus y Abramovitz, 1979 que es una variación de la técnica de Desensibilización Sistemática de Wolpe (1958). Sin embargo dichas técnicas a pesar de respaldarse empíricamente obtuvieron resultados menos significativos que las intervenciones netamente conductuales (Mendez y Macià, 1991). Es por ello que actualmente se recomienda una combinación de técnicas conductuales y cognitivas.

Existen dos direcciones en las que se puede generar cambio desde el punto de vista de la TCC: Modificar la conducta y como consecuencia de ello



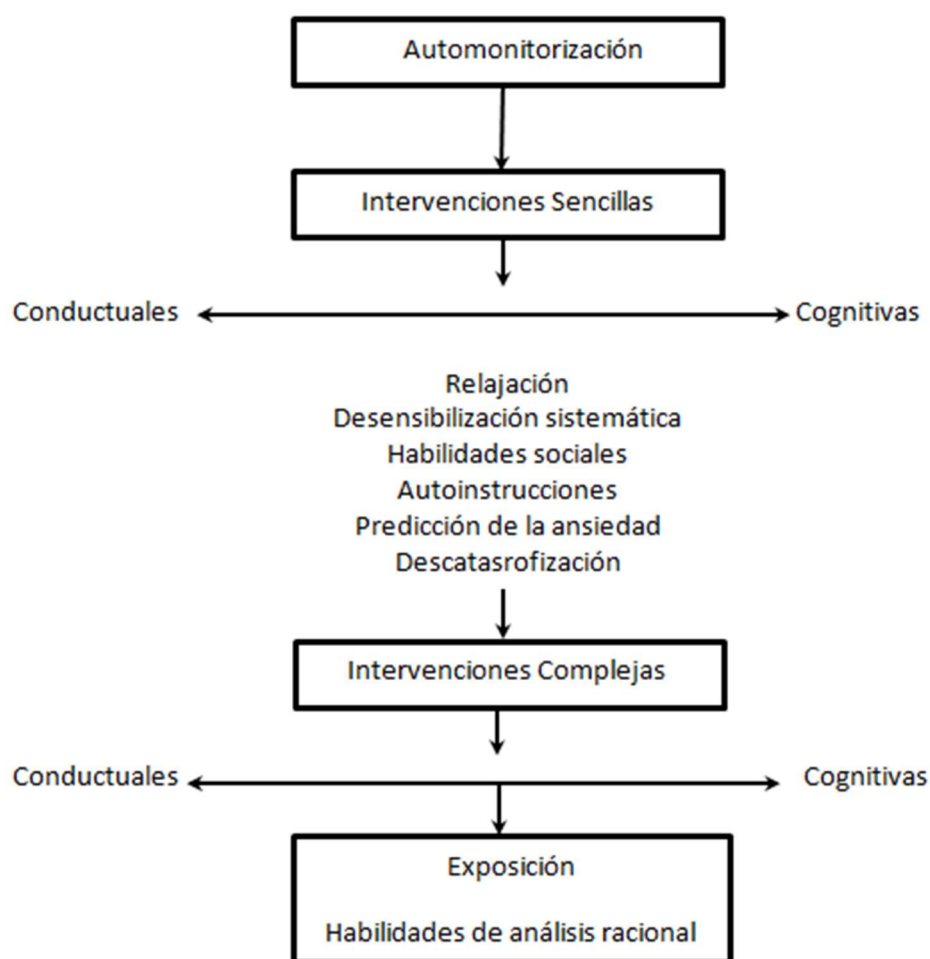
pensamiento o bien modificar el pensamiento para mejorar después el comportamiento. (Stein y Hollander, 2002). Los teóricos predominantemente cognitivos escogen la segunda manera, sin embargo y como ya se ha mencionado, con frecuencia una combinación de ambas direcciones (comportamiento-pensamiento y viceversa) en el tratamiento suele ser la mejor opción.

Stein y Hollander (2002) identifican cuatro cualidades que subyacen a todos los tratamientos cognitivo-conductuales a saber:

- a) “Énfasis en la psicoeducación.
- b) Análisis conductual pormenorizado del problema y de los factores que lo sostienen o extinguen.
- c) Intervenciones terapéuticas específicas para el problema, concebidas para mejorar los síntomas que inquietan al paciente.
- d) Entrenamiento en la generalización y prevención de recaídas al final del tratamiento.” (Stein y Hollander , 2002, p. 503)

Friedberg y McClure, (2002) realizan un diagrama de la secuencia recomendada de estrategias cognitivo-conductuales:

**Esquema 2: Secuencia recomendada de estrategias cognitivo-conductuales**



Fuente:

Del libro práctica clínica con niños y adolescentes; Friedberg y McClure, 2002, p. 270

Esta secuencia no es estrictamente un manual de operaciones para el tratamiento, e incluso en los manuales de intervención cognitiva-conductual (por ejemplo Kendall, 2010) se enfatiza la importancia de ser flexibles y creativos a la hora de aplicar las técnicas. Por otro lado es poco probable que se necesite de la aplicación de todas las técnicas existentes en la intervención con niños (Friedberg y McClure, 2002)

La TCC puede ser individual, grupal y con modalidad que involucre a los padres o cuidadores del niño. Las principales intervenciones terapéuticas conductuales son: educación afectiva, uso de técnicas cognitivas,

intervenciones con exposición gradual con refuerzos positivos y técnicas de relajación (Friedberg y McClure, 2002). Se debe aclarar que aunque se hable de una terapia individual, el trabajo psicoterapéutico infantil siempre involucra a los padres o tutores, ya sea desde la psicoeducación o más frecuentemente para dotar a los padres de herramientas para lograr y mantener cambios conductuales en los niños, es decir convertirlos a en coterapeutas que apoyen el proceso.

La *educación afectiva* se refiere a que el niño ansioso aprenda a identificar y a comprender mejor los signos fisiológicos, conductuales y cognitivos que forman parte de la ansiedad como emoción. (Pacheco B., Ventura T., 2009). En este modelo el niño aprende a distinguir entre sentimientos excesivos y poco realistas de sentimientos armónicos y funcionales, sus manifestaciones y las variaciones de sus manifestaciones en cuanto a su correlato fisiológico así como las intensidades, poniendo énfasis en la necesidad de poder controlar los mismos cuando empiezan a aparecer. (Bunge y Cols. 2008) Es decir se dota al paciente de un 'vocabulario emocional'<sup>8</sup> y se le enseña a reconocer sus propias emociones.

La educación afectiva suele ser un procedimiento adecuado para niños y se han desarrollado diversas técnicas muy apropiadas para ella (Bunge E.; Gomar M.; Mandil J, 2008) tales como: gráficos de caras, el coloreo de emociones, el termómetro de emociones, biblioterapia para niños (Friedberg y McClure, 2002).

En el proceso terapéutico el niño aprende un *automonitoreo* de sus sensaciones pensamientos y respuestas conductuales (Friedberg y McClure, 2002), ello amplía la capacidad de Toma de Conciencia (Opazo, 2001) del niño

---

<sup>8</sup> El término vocabulario emocional, corresponde a un concepto que el autor utiliza con frecuencia para la psicoeducación con los padres en los objetivos de la intervención cognitivo conductual.

y es la antesala para poder realizar el trabajo de análisis racional (Friedberg y McClure, 2002) para la modificación de los autodiálogos desadaptativos.

El automonitoreo puede ser difícil de lograr en niños pequeños, sin embargo Wellman y Cols. (1996, Citado en Friedberg y McClure, 2002) realizaron investigaciones que concluyen que incluso los niños más pequeños<sup>9</sup> pueden entender técnicas sencillas de automonitoreo. Friedberg y McClure, (2002) destacan dos técnicas:

- *El jardín de flores de pensamiento*
- *Los bocadillos de pensamientos* (p. 121)

Otros autores como Kendall (1990) y Friedberg utilizan dibujos de animales con un diseño similar a la idea de los bocadillos de pensamiento.

Meinchenbaum (1969) desarrolló el denominado entrenamiento en auto instrucciones para ayudar a niños con problemas de impulsividad. Este modelo ha sido reproducido en otras ocasiones para mejorar la capacidad de los niños ansiosos de enfrentar situaciones angustiantes, con los denominados autodiálogos de valentía. Ellos se dan con el objetivo que el niño aprenda estrategias de enfrentamiento a la angustia y técnicas de resolución de problemas por medio de autoinstrucciones (Pacheco y Ventura, 2009). Los autodiálogos o autoinstrucciones de valentía (Bunge E.; Gomar M.; Mandil J, 2008) constituyen un buen ejemplo de la aplicación de técnicas derivadas de la metodología de Meinchenbaum.

---

<sup>9</sup> Probablemente la expresión 'los más pequeños' se refiera a niños en edad pre escolar, aunque el documento consultado no realiza dicha aclaración

A la hora de realizar las mencionadas técnicas de automonitoreo y modificación de autodiálogos desadaptativos, es importante tomar en cuenta que el lenguaje y las explicaciones brindadas a niños deben estar al nivel de comprensión de los mismo, por lo tanto se lo más breves, sencillas y concretas posibles. Así mismo autores como Kendall (2010) enfatizan la importancia del desarrollo de un vínculo de trabajo adecuado y el establecimiento de estrategias de motivación para el desarrollo de las actividades con los niños.

En lo que se refiere a la intervención cognitiva con los adultos significativos que rodean al niño, la Psicoeducación para la familia y los profesores, respecto a atribuciones sobre el comportamiento, así como el manejo conductual, esta se puede facilitar a través de lecturas informativas y reuniones con el profesional (Barrera, 2003). “La participación de los padres en la terapia de los trastornos de ansiedad, mejora la reducción de los síntomas ansiosos al compararlas con terapias conductuales en que los padres no participan activamente” (*Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM; citados en Pacheco y Ventura, 2009, p. 115*).

Entre las aportaciones más actuales que se han podido encontrar del enfoque cognitivo-conductual se halla la de Kendall (2010) que plantea un programa de 16 sesiones diseñado específicamente para el abordaje de trastorno de ansiedad generalizada, fobia social y trastorno de ansiedad por separación en niños y sus padres. Dicho programa combina técnicas conductuales de efectividad probada como las técnicas de exposición, relajación, juego de roles, práctica y recompensa así como técnicas cognitivas para la psicoeducación en ansiedad, reconocimiento de diálogos internos ansiosos, técnicas de resolución de problemas, diálogos de afrontamiento y prevención de recaídas.

### **2.11.2.3. Conclusiones sobre el análisis del paradigma cognitivo en el TAS**

Al analizar el paradigma cognitivo y las explicaciones que refiere sobre la génesis del TAS, se considera que las aportaciones del mismo pueden incluirse entre los factores predisponentes y mantenedores.

El pensamiento catastrófico reverberante o los autodiálogos irracionales se consideran factores de retroalimentación o que pueden inducir a crisis de angustia en niños, sin embargo a pesar de que la teoría cognitiva plantea la hipótesis de un formato proposicional del pensamiento, el cual está implícito en las ideas de Ellis y Gold, este resulta relativamente inadecuado cuando se trabaja con niños, cuyo aparato cognitivo podría hipotetizarse, funciona con representaciones más bien analógicas. Sin embargo el curso del desarrollo lleva comúnmente a un pensamiento con formato proposicional, o al menos dicha idea es la más aceptada en la comunidad científica cognitiva.

El enfoque de Beck y Emery luce más amplio pues no se centra solo en el contenido de las cogniciones, sino en los procesos subyacentes como la atención, la influencia de los estados afectivos sobre el pensamiento y la lógica dicotómica o polar de los juicios. Así mismo esboza una explicación de mayor espectro sobre la influencia de los procesos cognitivos en la génesis de los trastornos ansiosos. Y su teoría tiene respaldo empírico. Razones por las cuales su mérito como explicación etiopatogénica es mayor. Sin embargo dentro de las explicaciones halladas en la literatura revisada se puede encontrar más parentesco de los procesos cognitivos con la ansiedad generalizada que con el TAS, por otro lado cabe destacar que existen ciertas características de la ansiedad por separación que se pueden parangonar a los procesos generalizados de ansiedad, pero, siguiendo la pauta evolutiva de la

sintomatología estas relaciones se hallan más en adolescentes que en niños. Ello probablemente se deba a que los adolescentes son más cognitivos que los niños, o mejor dicho 'pueden' serlo, en razón del desarrollo del pensamiento hipotético deductivo, de la sofisticación del lenguaje y la capacidad de abstracción.

Por otro lado se pueden enfocar las características cognitivas distorsionadas (Beck, 1985) y otros procesos cognitivos como intervinientes en el TAS como típicas o normativas del desarrollo en la edad pre escolar. Lo cual constituye un factor de riesgo evolutivo para el desarrollo del TAS, a saber:

- El filtrado (Beck) y la centración (Piaget) son conceptos afines pues ambos tienen que ver con los procesos atencionales.
- El pensamiento polarizado se explica en niños menores debido a la incapacidad de realizar operaciones lógicas, por lo tanto las apreciaciones que realiza sobre el mundo y sí mismo no tienen matices, son de tipo 'Blanco o negro.'
- El razonamiento emocional puede parangonarse al concepto de egocentrismo, puesto que en ambos territorios los afectos intervienen en el pensamiento, en el caso de los niños pequeños la dimensión afectiva es mucho más relevante a la hora de evaluar la realidad, o a sí mismos y es esta la que define el juicio de la realidad que hacen.
- La hipergeneralización se explica también debido a la inoperante capacidad de razonar del niño.

Entonces se puede concluir que una menor inteligencia en términos Piagetianos, es decir características inmaduras de pensamiento pueden considerarse un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad.

Se puede sobre entender que en un sentido evolutivo, que las terapias del paradigma cognitivo permiten al niño madurar su funcionamiento mental, en términos de superar formas de razonamiento precarias y desadaptativas.

Las aportaciones técnicas en las metodologías de intervención son de alto valor, puesto que gozan de respaldo empírico y vienen protocolizadas en manuales para el tratamiento, sin embargo la metodología misma de las técnicas cognitivas ha sido diseñada para adultos, Kendall es uno de los pocos teóricos cognitivos que ha desarrollado intervenciones específicas para niños, sin embargo aun así existen ciertos pre requisitos implícitos en el enfoque cognitivo que el paciente debe cumplir para poder llevar a cabo una terapia cognitiva con éxito, por ejemplo un lenguaje apropiado, cierta capacidad de comprensión metacognitiva, etc.

En términos del Enfoque Integrativo Supraparadigmático, las técnicas planteadas desde el paradigma cognitivo se enfocan en las funciones de Toma de Conciencia, Significación, Autoorganización del sistema SELF (Opazo, 2001), desarrollando la capacidades del darse cuenta de las propias emociones, pensamientos y conductas. Por otro lado la TCC (terapia cognitivo-conductual) ayuda a interpretar el mundo y las capacidades de enfrentarse con él de una manera más adaptativa y proporciona estrategias afrontar las situaciones temidas con mayor éxito.



### **2.11.3. Paradigma ambiental Conductual**

#### **2.11.3.1. Etiología de los trastornos de ansiedad**

##### **2.11.3.1.1. Aprendizaje de las respuestas ansiosas y de evitación**

Se debe reconocer que el paradigma conductual es quizá junto con el biológico uno de los que más ha contribuido a comprender los mecanismos que intervienen en muchos trastornos de ansiedad, particularmente de las fobias.

El Trastorno de Ansiedad por separación puede ser concebido, y de hecho lo es, como una forma peculiar de fobia, no en vano muchos teóricos mantuvieron y mantienen el concepto de Fobia escolar como análogo al TAS. (Méndez y Macià, 1991)

En términos operativos, es decir conductuales, la evitación, entendida como las conductas que alejan al niño de la situación o estímulo temido, constituye en el síntoma cardinal de los trastornos por ansiedad y las fobias infantiles por dicha razón, la génesis de la misma resulta imprescindible en este paradigma para explicar la ansiedad infantil. “Según el modelo bifactorial de Mowrer (1960) sobre el desarrollo del miedo, un temor (p. ej., una fobia a los perros) comienza cuando un estímulo neutral (p. ej., un perro) se empareja por medio del condicionamiento clásico con un estímulo incondicionado aversivo (p. ej. que le muerdan a uno). De acuerdo a Mowrer el temor se mantiene, por el refuerzo negativo que resulta de una evitación del estímulo condicionado. En otras palabras, la conducta de evitación impide que tengan lugar los síntomas aversivos asociados con el objeto temido y, por consiguiente, se refuerza de modo operante. En teoría, la exposición termina con el refuerzo negativo

asociado a la evitación y, en consecuencia, conduce a la extinción del miedo.”  
(Caballo, p. 6, 2002)

Desde este punto de vista las fobias están vinculadas en primer lugar a una asociación pavloviana, es decir a una serie de repeticiones de situaciones en las que un estímulo incondicionado es apareado con uno condicionado produciendo finalmente ambos una respuesta de miedo intenso, o bien a una situación o evento único con fuerza suficiente para dejar una impronta afectiva que derive en una asociación de condicionamiento clásico. Consecuentemente y en segundo lugar la situación o estímulo que evoca la respuesta de miedo genera una respuesta de escape o evitación que es reforzada negativamente, perpetuando así el ciclo conductual que hace que la fobia se retroalimente.

Entonces de acuerdo al modelo bifactorial de Mowrer (1960) las fobias comienzan por un condicionamiento clásico pero se mantienen por un condicionamiento operante negativo, que se manifiesta a manera de ‘bola de nieve’ puesto que la retroalimentación que produce el comportamiento de evitación en los niños, marca una dificultad cada vez mayor de acercamiento a la situación temida.

La primera experiencia de angustia de separación, sirve como referente para la anticipación de los siguientes ataques y las claves ambientales asociadas a la misma se convierten en estímulos cuya presencia puede desencadenar ataques de angustia. Así mismo el pensar en la situación evoca ansiedad y preocupación por la posibilidad de enfrentar nuevamente la situación. Fenómeno conocido como ansiedad anticipatoria, o bien miedo a sentir miedo.

Las fobias se explican como un fenómeno de evitación tanto del estímulo fóbico como de la respuesta ansiosa, la persona busca activamente no sentirse distorsionada emocionalmente, he ahí el efecto reforzante de la conducta de evitación, en el TAS, la conducta de evitación consiste en la negativa a separarse de la figura materna o paterna y el pegoteo excesivo que se manifiesta en diversas situaciones del día cotidiano.

En el caso de la ansiedad por separación esta se puede considerar una fobia, de naturaleza más bien inespecífica, pues está asociada a diversos contextos, sin embargo el modelo que se presenta en párrafos anteriores es útil para entender las crisis angustiosas que sufren los niños más pequeños.

#### **2.11.3.1.2. Diversidad de miedos**

Quizá uno de los mayores aportes de la psicología conductual, en el terreno de los Trastornos de Ansiedad en la infancia, ha consistido en describir los diferentes tipos de miedos y los factores específicos de sus manifestaciones así como de los elementos ambientales asociados.

Stein y Hollander (2002) señalan que en el TAS se manifiestan multiplicidad de fobias específicas, que en realidad están subordinadas a la patología principal, por un lado, por otro responden a patrones evolutivos típicos. Y en tercer lugar se asocian a circunstancias específicas que las elicitan. Esta perspectiva implicaría que el entramado complejo de comportamientos asociados al TAS y descritos en las características diagnósticas, se pueden tomar molecularmente y desglosar en sus partes constitutivas y de hecho este proceder de ‘desarmar’ la patología en sus componentes es bastante típico del proceder de este paradigma.

Normalmente los psicólogos conductuales realizan procedimientos que están destinados justamente a determinar este aspecto, una técnica que se usa frecuentemente es la del Análisis Funcional (Méndez F. y Macià D., 1991; Bunge y Cols, 2008, Frierberg R. McClure J.; 2002), así mismo existen inventarios comportamentales (FSS-FC, FSSC-R, Louisville Fear Surver For Children, Inventario de Miedos) que evalúan las ansiedades frecuentes en los niños a través de un Check List. Estas evaluaciones normalmente se realizan con los niños mismos, con los padres, tutores o adultos que rodean al niño y permiten determinar los miedos o las situaciones temidas. Algunos autores (Scherer y Nakamura, 1968; Ollendick, King y Frary, 1989; Miller, Barret, Hampe y Noble, 1972; Pelechano, 1984), utilizando estas técnicas de recogida de información han desarrollado listados de miedos o fobias infantiles:

**Cuadro 12: Clasificación de los miedos infantiles realizadas mediante análisis factorial**

Estudio	Sujetos		Inventario				Miedos/Fobias
	Número	Edades	Nombre	Ítems	Escala	Informante	
Scherer y Nakamura (1968)	99	9-12	Fear Survey Schedule for children (FSS-FC)	80	Nada Poco Bastante Mucho Muchísimo	Niños	Fracaso o crítica Principales (ser atropellado, etc.) Secundarios (viajar en coche, etc.) Médicos Muerte Oscuridad Casa-escuela Miscelánea (Ruido de sirenas, etc.)
Ollendick, King y Frary (1989)	1.185	7-6	Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R)	80	Nada Algo	Niños	Fracaso y Crítica Lo desconocido

Miller, Barret, Hampe y Noble (1972 b)	179	6-16	Louisville Fear Survey for children	81	Mucho	Padres	Daño menor y animales pequeños
					Nada		Daño físico
Pelechano (1984)	227	4-9	Inventario de miedos	99	Normal	Padres	Peligros naturales y sobrenaturales
					Excesivo		Animales
					Algo		Fenómenos naturales
					Mucho		Daño físico
							Muerte
							Fracaso y rechazo
							Lugares cerrados
							Violencia real o imaginaria

Fuente:, Mendez F., Macià D.1991, p. 42

Estas variables ayudan a detectar la fenomenología de la ansiedad, es decir el contenido explícito de los temores, por ello no ha de extrañar que muchos teóricos conductuales traten al TAS como a una fobia, o un conjunto de fobias (fobia escolar, fobia social).

Otras variables que se consideran intervinientes en la estructuración de los temores son el sexo, la raza/etnia y los grupos culturales a lo largo del tiempo sin embargo las mismas y su influencia no han sido estudiadas en parte porque no se dispone de herramientas específicamente diseñadas para este fin y por

otro lado por las dificultades inherentes a la hora de evaluar niños (Costello y Angold, 1995b; Last y cols., 1992 citados Stein y Hollander, 2002)

Si se caracterizan los temores específicos que los niños y/o adolescentes presentan durante la manifestación de un TAS, se obtiene la siguiente clasificación:<sup>10</sup>

#### Situacionales

- Quedarse solos: en distintos contextos específicos.
- Temor a la oscuridad.
- Temor a las pesadillas
- Temor al (la) profesor (a)
- Ruidos intensos
- A los borrachos.

#### Sociales

- Ridículo social.
- Situaciones de evaluación social.
- Fracaso escolar.
- Personas extrañas.

#### Indeterminados y/o fantásticos

- A la vida.
- Fracaso o fallar.
- Mounstruos y fantasmas.
- Volverse loco.
- Tener pesadillas.

#### Muerte y/o daño

---

<sup>10</sup> De construcción propia del autor en base a la literatura hallada.

- Sufrir daño físico.
- Morir.
- Los niños más grandes.
- Que les suceda un accidente a los padres.

Como se puede observar existe una gran gama de posibilidades respecto de los temores manifestados durante la infancia en el TAS, estos pueden considerarse manifestaciones subordinadas a la patología principal, esta clasificación puede ser útil en el contexto de sospecha de TAS por un motivo de consulta poco claro.

La terapia conductual ha desarrollado progresos significativos en lo referente al tratamiento de las fobias, y se ha observado que existe un efecto multiplicador en el sentimiento de autoeficacia de los niños cuando logran enfrentar las situaciones temidas.

Las fobias nucleares o manifestadas durante el TAS se consideran factores precipitantes y predisponentes del mismo.

### **2.11.3.1.3. Importancia del ambiente**

La importancia del elemento ambiental ha sido muy estudiada y documentada como fuente de posibles alteraciones ansiosas en niños, particular importancia tienen los eventos estresantes, sin embargo habrá de considerarse que los estresores psicosociales en la edad infantil son distintos a los de la vida adulta, ya sea porque los recursos de afrontamiento de los niños son menores, o bien porque el significado de los acontecimientos y la importancia que se les

atribuye es diferente, algunos autores ha identificado estresores psicosociales de la edad infantil que pueden asociarse con el TAS:

- Pérdidas por enfermedad o muerte de un familiar. (APA, 2001)
- Separación conyugal. (Barrera, 2003)
- Problemas en la relación de los padres (Mendez y Macià, 1991)
- Cambio de domicilio, (Barrera, 2003, APA, 2001)
- Hospitalización del niño (Barrera, 2003)
- Enfermedad prolongada del niño (Mendez y Macià, 1991)
- Enfermedad de uno o ambos progenitores (Mendez y Macià, 1991)

Otro aspecto del contexto de desarrollo del niño son los estilos parentales, y en general el comportamiento de los mismos como agente de Modeling (Bandura, 1966)

Se ha observado que estilos parentales inconsistentes o ansiosos suele tener un efecto en la posibilidad de adquirir trastorno de ansiedad (Pacheco B., Ventura T., 2009). Déficit de aserción en los padres o los propios hijos pueden facilitar el desarrollo de una fobia escolar (Mendez y Macià, 1991) aunque las fuentes bibliográficas no mencionan estudios específicos sobre este agente etiológico, en la actualidad la mayoría de los especialistas considera que la forma en que los padres crían a los hijos tiene un efecto importante en su capacidad de ajuste psicológico.

Existe un patrón familiar interesante puesto que el TAS es relativamente más común en hijos de madres con trastorno de angustia (DSM IV TR, 2001), desde el punto de vista de la teoría de aprendizaje social este podría ser el efecto del Modeling (Bandura, 1966), de madres con escasos recursos de



afrontamiento ante el estrés e hijos que aprenden vicariamente, es decir por observación.

Se han encontrado diferencias acerca de los "...tipos de miedos entre niños de distintos estatus socioeconómicos (Méndez F. y Macià D, 1991), particularmente los niños de estratos socioeconómicos carenciados suelen temer "a las navajas, los borrachos, a los 'camellos' (drogas)" (Méndez F. y Macià D, 1991, p. 41), estos temores pueden explicar el contenido diverso de algunos casos de TAS.

#### **2.11.3.1.4. Una clasificación sobre la Fobia Escolar**

Como ya se mencionó anteriormente la discusión sobre las categorías Fobia Escolar y Trastorno de Ansiedad por Separación está aún más o menos vigente, para criterios prácticos se puede convenir que una proporción considerable (un tercio) de la población diagnosticada como fobia escolar está constituida por casos de TAS. Por ello es que se decidió desarrollar esta sección en el presente documento.

"Coolidge, Hahn y Peck (1957) propusieron por primera vez una distinción entre dos tipos de fobia escolar, la cual sirvió de base a la ulterior clasificación de Kennedy (1965), que es la más conocida y que es citada por algunos autores de orientación conductual. (Herbert, 1983; Jones y Kazdin, 1981; Ollendick y Mayer, 1984" (Mendez y Macià, 1991, p. 77), dichos autores distinguieron las categorías:

- Fobia Escolar de tipo Neurótica
- Fobia Escolar de tipo Caracterológica

La fobia Neurótica es descrita de la siguiente manera: de inicio agudo, durante las primeras experiencias de separación y con una experiencia aversiva (enfermedad) previamente contingente a la aparición de la misma. A diferencia de la Fobia Caracterológica que aparece tardíamente y no tiene antecedentes aversivos.

Esta hipótesis corresponde con la idea de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado de Spielberg (1972) del paradigma biológico, aunque la idea es similar, la teoría propuesta por Coolidge, Hahn y Peck y más tarde por Kennedy tiene como fundamento una etiología ambiental. Sin embargo cabe resaltar que el punto de concordancia principal es que existen niños y adolescentes que presentan una predisposición general a la ansiedad.

La etiología descrita en la literatura consultada corresponde a procesos de condicionamiento social “La fobia escolar se adquiere por medio de experiencias aversivas directas o por la observación de experiencias aversivas de otros en situaciones escolares.” (Mendez y Macià, 1991, p. 77).

Un estudio realizado por Orgilés, Espada y Méndez (2008) en España indicó que la ansiedad estado y de separación de los hijos de padres divorciados de entre 8 y 12 años es mayor que la de los niños con padres casados. Estos resultados coinciden con la literatura que se refiere al tema. Aguilar (1996) observa que entre los problemas de ansiedad, el trastorno de ansiedad por separación se considera el más frecuente en hijos de padres divorciados (Aguilar citado en Orgilés M, Espada J. P. Méndez X., 2008).

Sin embargo la investigación los resultados en sí mismos son engañosos “en otros trabajos no se han encontrado diferencias entre los niños procedentes de familias rotas y de familias unidas” (por ejemplo, Thomas y Forehand, 1993).” Orgilés M, Espada J. P. Méndez X.,2008, p. 384). Esto puede deberse que las variables intervinientes en la Ansiedad de separación en hijos de padres divorciados son muchas y de diversa naturaleza. “Pons-Salvador y del Barrio (1995), realizan un estudio en España sobre la temática, concluyendo que “...la ruptura de pareja en sí misma no determina la presencia de problemas de ansiedad en los niños, sino que más bien estaría determinada por otros factores que modulan el bienestar de los menores, como por ejemplo la conflictividad en la relación de los padres.” (citado en Orgilés M, Espada J. P. Méndez X.,2008, p. 384)

Entre otros resultados del estudio de Orgiles y cols. (2008) afecta con mayor intensidad a los niños menores y al sexo femenino, siendo una tendencia observable la disminución de la ansiedad a medida que las edades aumentan.

### **2.11.3.2. Tratamiento desde el paradigma conductual:**

Ya que en el paradigma conductual el TAS constituye un agente causal en la fobia escolar (Méndez F. y Macià D, 1991) en el marco de los tratamientos para este problema se deben considerar las diferentes metodologías terapéuticas empleadas para las fobias, desde el enfoque conductual ambiental.

Las técnicas utilizadas en el tratamiento de las fobias infantiles son la desensibilización sistemática, la inundación (la implosión), el modelado, las técnicas operantes (como el manejo de contingencias y la práctica reforzada) y

el entrenamiento en habilidades de afrontamiento. (Méndez F. y Macià D, 1991). El cuadro que sigue muestra las diferentes técnicas usadas en el paradigma conductual, hasta fines de los años 80.

**Cuadro 13: Técnicas conductuales utilizadas en el tratamiento de las fobias infantiles**

- |   |
|---|
| <p>1. DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA (DS)</p> <p>A) <i>Tratamiento de casos</i></p> <p>DS Estandarizada: Van Hasselt; Hersen, Bellak; Rosenblum y Lamparski, 1979; Yule y Fernando, 1980</p> <p>DS con respuestas distintas de la relajación progresiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relajación mediante fármacos: Lázarus, 1979.</li> <li>- Imágenes emotivas: Jackson y King, 1981; Lazarus y Abramovitz, 1979</li> <li>- Relación positiva con un adulto: Freeman, Roy y Hemmick, 1980.</li> </ul> <p>DS autodirigida: Wish, Hasazi y Jurgela, 1973.</p> <p>DS de autocontrol: Bornstein y Knapp, 1981; DiNardo y Dinardo, 1981.</p> <p>DS en vivo: Loureiro y Oliveira, 1982; Tasto, 1978.</p> <p>B) <i>Estudios de grupo(s)</i></p> <p>Barabasz, 1973; Deffenbacher y Kemper, 1974; Laxer, Quarter, Kooman y Walker, 1969; Ultee, Griffieon y Schellenks, 1982.</p> <p>2. INUNDACIÓN/IMPLOSIÓN</p> <p>A) <i>Tratamiento de casos</i></p> <p>Implosión: Ollendick y Gruen, 1972.</p> <p>Inundación: Öst, 1989; Sreeniviasan, Manocha y Jain, 1979; Yule, Sacks y Hersov, 1974.</p> <p>3. TÉCNICAS OPERANTES</p> <p>A) <i>Tratamiento de casos</i></p> <p>Manejo de contingencias: Boer y Sipprelle, 1970; Luiselli, 1977.</p> <p>B) <i>Estudios de grupo (s)</i></p> <p>Práctica regforzada: Leitenberg y Callahan, 1973</p> <p>4. COMBINACIONES DE DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA (DS) MÁS TÉCNICAS OPERANTES</p> |
|---|

A) *Tratamiento de casos*

DS + reforzamiento: Kellerman, 1980.

DS (risa) + reforzamiento: Jackson y King, 1982.

DS en vivo + extinción; Stableford, 1979.

DS en vivo +práctica reforzada: Pomerantz, Peterson, Marholin y Stern, 1977

DS en vivo + reforzamiento + eliminación del castigo: Wlaker y Werstlein, 1980

DS en vivo (relajación, risa, juegos) + manejo de contingencias (contrato de contingencias, economía de fichas): Sosa, Capafons, Gavino y Carrió, 1984.

B) *Estudios de grupo (s)*

DS en vivo + reforzamiento: Obler y Terwilliger, 1970.

DS en vivo + manejo de contingencias en casa (más entrenamiento asertivo): Miller, Barrett, Hampe y Noble (1972<sup>a</sup>).

## 5. MODELADO

A) *Tratamiento de casos*

Modelado en vivo coping: Klesges, Marlott y Uglund, 1984.

Modelado en vivo mastery: Wilson y Jackson, 1980.

Modelado participante: Feltz, 1980; Johnson y McGlynn, 1988; Matso, 1981, 1983; Nymansson y Kohnle, 1978; Osborn, 1986.

B) *Estudios de grupo*

Modelado filmado: Klorman, Hilpert, Michael, Lagana y Sveen, 1980; Melamed y Siegel, 1975; Melamed, Weinstein, Hawes y Katin – Borland, 1975; Weissbrod y Bryan, 1973.

Modelado filmado (simple y Múltiple): Bandura y Menlove, 1968.

Modelado en vivo (sin participación): Bandura, Grusec y Menlove, 1968.

Modelado participante: Lewis, 1974; Ritter, 1977.

Modelado participante (pasivo y activo): Murphy y Bootzin, 1973.

## 6. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

A) *Tratamiento de casos.*

Graziano, Mooney, Huber e Ignasiak, 1979; Nelson, 1981; Peterson, 1987.

B) *Estudios de grupo.*

Campbell, Clark y Kirkpatrick, 1986; Graziano y Mooney, 1980; Kanfer, Karoly y Newman, 1975; Peterson y Shigetom, 1981; Siegel y Peterson, 1980.

Fuente:, Méndez F. y Macià D, 1991, p. 44-45

**La Desensibilización Sistemática** (Wolpe, 1958) Consiste en aplicar técnicas de relajación previas a las aproximaciones graduadas a un

estímulo fóbico. Lo cual permite que la persona vaya exponiéndose poco a poco ante la situación temida, y desarrolle su capacidad para controlar sus emociones a través de los procedimientos de relajación. Sin embargo con niños menores de ocho o nueve años, el empleo de la desensibilización sistemática puede resultar difícil debido a la incapacidad que tienen para focalizar su atención en procedimientos de relajación, por esta razón con frecuencia se utilizan procedimientos de relajación alternativos, como el uso de fármacos, comida, imágenes emotivas, risa, relación positiva con un adulto, etc., el juego ha sido una de las actividad relajantes que se utiliza con frecuencia (Méndez F. y Macià D, 1991).

La desensibilización sistemática forma parte de los tratamientos por exposición gradual (Pacheco B., Ventura T., 2009) cuya lógica deviene de lo teoría del condicionamiento clásico. El principio que se utiliza al aplicar esta técnica es el de habituación, que implica que un estímulo condicionado (Objeto o situación ansiógena) pierde la propiedad de generar respuesta condicionada (miedo aprendido) si se lo presenta en varias repeticiones sin ser asociado al estímulo incondicionado (situación que generó en primer lugar la respuesta ansiosa).

**La inundación/implosión** “implica una rápida aproximación al objeto temido, lo que supone una experiencia aversiva de tratamiento, sobre todo si se lleva a cabo en vivo.” (Méndez F. y Macià D, 1991, p. 43) en casos de fobias escolares este procedimiento es especialmente indicado, sin embargo se debe considerar su “aplicación de manera más gradual, “ya que los niños son remitidos a tratamiento por adultos, en vez de ser ellos quienes deciden iniciar o continuar la terapia” (Méndez F. y Macià D, 1991, p. 43), en términos sencillos esto significa que los niños pueden simplemente no entender, no querer o no estar de acuerdo con el procedimiento.

**El Modelado**, (Milled y Dollar, 1941; Bandura y Walters, 1963), consiste en un aprendizaje observacional, una forma de aprender mirando a otra persona hacer lo que se desea aprender, lo cual resulta muy conveniente en casos de fobias debido a que es muy convincente observar a un modelo realizar la tarea que se desea aprender. Existen diferentes clasificaciones de los tipos de modelamiento, sin embargo en el caso de las fobias, es conveniente distinguir dos formas específicas:

- El modelado en maestría (Mastery): en el que el modelo dispone de las habilidades y recursos necesarios para manejar de forma efectiva la situación desde un principio.
- El Modelado de afrontamiento: en el que el modelo muestra en un comienzo habilidades similares al observador y va demostrando progresivamente las habilidades necesarias para resolver la situación de una manera satisfactoria.
- El Modelado en vivo, parece ser mucho más efectivo que el modelado simbólico o filmado, tiene mejores resultados si tras el mismo se desarrolla una práctica reforzada. (Méndez F. y Macià D, 1991)

**La práctica reforzada** (Skinner, 1948) consiste en sucesivas aproximaciones a los estímulos fóbicos en vivo, seguidas de consecuencias positivas. Normalmente se utilizan reforzadores sociales (como halagos), simbólicos (economía de fichas) o naturales (premios, dulces, chocolates). Por otro lado es muy conveniente proporcionar instrucciones para las siguientes prácticas. (Méndez F. y Macià D, 1991)

Según Bunge y cols. (2008), dentro del paradigma conductual los tratamientos más recomendadas son para las fobias infantiles son:

- Desensibilización sistemática. (Wolpe, 1958)
- Modelado (Milled y Dollar, 1941; Bandura y Walters 1963), en sus diversas modalidades: participante, en vivo, por filmaciones
- Práctica reforzada (Skinner, 1948)

Las técnicas denominadas “*Escenificaciones emotivas* combinan, pues, modalidades de las tres técnicas (o grupos de técnicas) más utilizadas y/o recomendadas en el tratamiento de las fobias infantiles” (Méndez F. y Macià D, 1991, p. 45) a saber: Desensibilización Sistemática. (Wolpe, 1958), Modelado (Milled y Dollar, 1941; Bandura y Walters 1963) y Práctica reforzada (Skinner, 1948)

Las **Escenificaciones emotivas**, o imágenes emotivas consisten en una serie de exposiciones graduadas in vivo a un estímulo ansiógeno o fóbico, (Méndez F. y Macià D, 1991) la lógica del procedimiento es que tras continuas y graduadas repeticiones se opera un proceso de habituación al estímulo. Dichas intervenciones se desarrollan en forma de juego para resultar motivantes al menor. El terapeuta construye escenas y tareas lúdicas en las que el niño irá exponiéndose cada vez más al elemento fóbico.

Dicho tratamiento ha sido ideado para niños de corta edad, pre escolar y edad escolar (Méndez F. y Macià D, 1991), es decir entre los cuatro y los ocho a diez años.



### **2.11.3.3. Conclusiones sobre el análisis del paradigma conductual en el TAS**

En cuanto a las teorías etiológicas del TAS referidas al mismo como un proceso de condicionamiento se puede afirmar que aunque se consideran algo antiguas no han dejado de tener vigencia. Son explicaciones plausibles y con respaldo de investigación (aun cuando esta haya sido hecha con animales). Y se entienden como factores de precipitantes y de mantenimiento en la ansiedad de separación.

La clasificación de la diversidad de miedos evolutivos y fobias que convergen en el TAS constituye un aporte importante para la comprensión molecular del mismo, vale decir se disecciona el trastorno en sus expresiones más simples, ello tiene un valor significativo a la hora del diagnóstico, así como al momento de la intervención.

El ambiente en el que se desenvuelve naturalmente un niño es la fuente de muchos de sus comportamientos, y de sus temores. El estrés puede tener un efecto activador en los mecanismos de ansiedad normales, que al convertirse en distrés, por variables inherentes ya sea al niño o a la naturaleza de los estresores, puede catalizar procesos patológicos de ansiedad por separación.

Así mismo los estilos de crianza parecen aportar a la transmisión de comportamientos ansiosos por modeling. Los padres inconsistentes, poco asertivos y ansiosos pueden estar transmitiendo involuntariamente patrones de conducta ansiosa a sus hijos. Ello probablemente tiene una mayor importancia durante la niñez temprana e intermedia puesto que los niños más pequeños están más expuestos a estas influencias.

Por otro lado la noción de una clasificación de la fobia escolar por criterios caracterológicos y neuróticos coincide con la observación desde el paradigma biológico de una predisposición innata hacia el TAS y la agorafobia. Aunque por supuesto los mecanismos etiopatogénicos de diferenciación propuestos desde el paradigma ambiental conductual son diferentes, ambas ideas corresponden a la lógica de manifestaciones estables de ansiedad en ciertas personas.

La distinción y relación entre los conceptos de Trastorno de Ansiedad por Separación y Fobia escolar resulta aportativa, sin embargo puede generar confusión entre los criterios diagnósticos si no se sabe separar claramente una entidad de la otra.

En los estudios sobre hijos de padres separados o divorciados se puede apreciar lo complejo del fenómeno de vinculación, debido a que los resultados de estos son más o menos consistentes, se infiere que el divorcio de los padres puede ser un factor desencadenante y predisponente de TAS, sin embargo la naturaleza de la relación entre los padres antes, durante y después del divorcio parece ser una variable interviniente de mucho peso, al menos en las hipótesis planteadas por los autores de estas investigaciones. Por otro lado edades más tempranas parecen aumentar la posibilidad o el riesgo de sufrir un TAS en familias con padres separados y nuevamente aparece la relación de género femenino como un factor de riesgo.

En cuanto a la terapéutica conductual, sobra decir que ha sido probada ampliamente en su eficiencia. Los tratamientos de exposición son siempre los

más recomendados, sin embargo el trabajo con niños necesita de una gran creatividad e inventiva, para que los mismos resulten motivantes para el paciente. Muestra de dicha creatividad es el tratamiento denominado escenificaciones emotivas debido a que si bien los procedimientos son secuenciales y ordenados, el toque artístico de la terapéutica se trasluce en la selección de escenas a ser jugadas con los niños, además de la necesidad de marcada habilidad para ser lúdico en la intervención.

El paradigma conductual tiene repercusiones en el desarrollo de las Funciones del Self denominadas Autoorganización y Conducción de vida (Opazo, 2001), pues su aplicación ayuda al niño a no desorganizarse ante situaciones temidas y en general repercute en su habilidad de separarse de sus figuras vinculares y explorar ambientes nuevos lo cual resulta no solo bueno sino necesario para su desarrollo.

## **2.11.4. Paradigma sistémico**

### **2.11.4.1. Etiología del TAS la teoría del apego**

La teoría del apego de Jhon Bolwby procura una comprensión dinámica y sistémica de la personalidad puesto que pone énfasis en el aspecto relacional hijo-madre, sin embargo es por sí misma una teoría integrativa del desarrollo puesto que si bien muchos de sus fundamentos se centran en aspectos de los sistemas comunicacionales entre el hijo y su madre, desarrolla conceptos biológicos y cognitivos, tales como temperamento y los modelos internos de funcionamiento.

Bowlby es uno de los primeros autores que se interesa por el comportamiento de los niños en situación de separación de sus figuras vinculares, plantea las fases del desapego: Protesta, desesperación y desapego (Robertson y Bowlby, 1952, Citados en Bowlby) tras realizar observaciones en niños institucionalizados, dichas fases aún se consideran vigentes hoy en día cuando se habla de procesos de separación de un niño de su núcleo familiar.

En cierto sentido la teoría de Bowlby plantea una integración entre determinismos biológicos y aprendidos, a saber: un mecanismo ontogénico que explique la necesidad de cuidados que experimenta el bebe respecto de su madre, que condiciona la relación como una relación de apego; así como la importancia de la naturaleza traumática o más bien de la intensidad de las primeras experiencias de separación vividas entre el bebé y su madre.

Gracias a los estudios que Bowlby realizó, se estableció la consideración de la ansiedad de separación como un estado más o menos esperable a lo largo del

desarrollo, especialmente antes de los 5 años. Mary Ainsworth (1969,1970, Citada en Bowlby) corroboró la teoría de Bowlby a través de su experimento conocido como 'la situación extraña', comprobando que los niños de un año sufren alteraciones de comportamiento y zozobra en ausencia de su figura vincular.

No se debe confundir la Ansiedad de Separación (Bowlby, 1959) con el Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS) puesto que el primero es un conflicto esperable del desarrollo, una respuesta adaptativa orientada a la supervivencia, al menos desde la hipótesis etológica que da Bowlby (1985). Sin embargo las descripciones que se hacen en su obra "La separación Afectiva" sobre el apego ansioso (Pág. 237 y 238) lucen curiosamente como comportamientos asociables a un Trastorno de Ansiedad por Separación, este hecho puede ser atribuible a que la categoría diagnóstica del TAS aún no se encontraba del todo vigente cuando los trabajos de Bowlby se publicaron y en todo caso los estudios realizados durante esa época fueron los precursores de dicho concepto en psicopatología. Bowlby (1985) emplea el término sobredependencia para hablar sobre un comportamiento parecido al del Trastorno de Ansiedad por Separación y más adelante lo parangona con lo que en su momento tenía el nombre de fobia escolar y que actualmente se conoce como TAS.

#### **2.11.4.2. La ansiedad por separación normal**

Según ha sido observado por varios autores (Schaffer y Callender, 1959; Ainsworth, 1959, Robertson y Bowlby, 1960) antes de los 7 meses ocurre un cambio cualitativo en la forma de sentirse de los bebés, que se caracteriza por una necesidad de tener cerca una figura de referencia, o de vinculación, dicha necesidad se ve manifestada por la reacción de angustia que se observa al

separar a los bebés de sus madres. A partir de esta edad (6 meses) en adelante la vivencia de la separación de las personas con las que se tiene un vínculo afectivo adquiere un significado de zozobra y ansiedad, a esta forma de sentirse Bowlby le llama Ansiedad de Separación. Antes de esta edad los bebés apenas dan muestra de apego (Bowlby, 1985).

La teoría del Apego señala que “Algunos niños se tornan extremadamente sensibles a la posibilidad de la separación o la pérdida de amor, al experimentar una pérdida real (Edelston, 1943; Bowlby 1951) o ser amenazados o pérdida de amor (Suttie, 1935; Fairbairn, 1941)” (Bowlby, Pág. 262, 1985) dicha predisposición no se debe exclusivamente a una actitud sobreprotectora de los padres sino a un sistema de factores que pueden incluir elementos temperamentales, una variada gama de interacciones comunicacionales en la familia, así como la presencia de sucesos de pérdidas reales o experiencias emocionales intensas de separación.

La teoría del apego, resulta especialmente útil para entender como los niños desarrollan sistemas de percepción respecto de su entorno. Schaffer (1958, Citado en Bowlby 1985) considera que un elemento fundamental es que los bebés menores de 6 meses aún no han desarrollado la constancia de objeto (Piaget, 1937), esta hipótesis fue puesta a prueba por Bell (1970, citado en Bowlby, 1985) quien indica que los bebés solo desarrollan esta capacidad hacia los 9 meses de vida, dato que es consistente con las observaciones de Bowlby que plantea que entre los 6 meses y el año el bebé empieza a desarrollar la preferencia por la compañía de una persona en particular, su figura e apego y que reacciona de manera ansiosa al no verla en proximidad, es decir que durante esta etapa denominada de apego específico, el bebé percibe a las personas diferenciándolas de los objetos y percatándose de su presencia o ausencia, pero aún más importante es capaz de establecer de cierta manera una especie de jerarquía de importancia entre las personas que

le rodean siendo así que prefiere siempre la presencia de su figura de apego principal, la cual es normalmente la madre.

#### **2.11.4.3. Puntos de contacto entre la teoría del apego y el concepto de TAS**

Si bien Bowlby no desarrolla de manera directa el concepto de Trastorno de Ansiedad por Separación, existen varios puntos de convergencia entre las hipótesis de la teoría del apego y los elementos constitutivos del trastorno de ansiedad por separación:

“El estado de ansiedad, seguridad o zozobra de un niño o un adulto es determinado, en gran medida, por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto” (Bowlby, p.42, 1985), básicamente esto significa que el modelo de comportamiento que el niño recibe de su figura de apego resulta estructurante en el proceso de construcción de la confianza en sí mismo. Así mismo dicha teoría sostiene que “...los estados mentales de ansiedad crónica o de ansiedad persistente no son característicos de las fases normales o saludables del desarrollo. Por el contrario, postula que la causa central de esas desviaciones reside en que, durante la infancia, la conducta de apego del sujeto obtuvo respuestas inadecuadas, con el resultado de que durante toda su existencia posterior éste elabora pronósticos acerca de sus figuras de apego basándose en la premisa de que probablemente no se hallarán disponibles.” (Bowlby, pág. 233,234, 1985)

De acuerdo a Bowlby (1985) los niños que han “...recibido adecuados cuidados, y que, por consiguiente no habrían tenido ocasión de experimentar una zozobra o temor intenso, son los menos susceptibles de responder con

muestras de temor, ante situaciones de todo tipo, entre ellas la separación; en tanto que los pequeños que han pasado por experiencias sumamente perturbadoras e inquietantes en ausencia de la madre suelen ser más susceptibles de experimentar temor, en particular a la posibilidad de una nueva separación”, por lo tanto las experiencias tempranas angustiantes<sup>11</sup> de privación materna, se pueden considerar un factor de riesgo importante.

Por otro lado algunos investigadores como Sears (1957) han analizado el papel y la importancia de la sobredependencia del niño frente a su madre y los aspectos que estimulan o al menos se relacionan con estas conductas: “El principal descubrimiento en el estudio de Sears en relación con la dependencia es que cuanto más irritable, regañona e impaciente se mostrara la madre cuando el niño solicitaba su atención o se aferraba a ella, más “dependiente” sería la conducta de aquel. Esta correlación significativa, aumenta notablemente en el caso de las madres que inicialmente rechazaban al niño, pero luego cedían a sus requerimientos. Los investigadores descubrieron también una correlación significativa entre un alto grado de dependencia y los padres que amenazaba dejar de amar a sus hijos como medida disciplinaria, o hacían amenazas de dejar de amar a sus hijos como medida disciplinaria, o hacían amenazas de abandonar a su hijo” (Sears, Macoby y Levin, 1957, citados en Bowlby, pág. 267, 1985).

#### **2.11.4.5. Factores de riesgo identificados para el apego inseguro**

En su texto la separación afectiva Bowlby (1985) plantea que existen varios factores que predisponen las respuestas de miedo y ansiedad en las personas:

---

<sup>11</sup> La palabra “angustiante” en este contexto puede tomarse como sinónimo de pánico



- Sexo femenino, desde una perspectiva etológica se afirma que existe una predisposición en las mujeres hacia las emociones de ansiedad, interpretando los resultados de investigaciones que revelan dicha propensión, tanto en estudios experimentales con niños como en estudios epidemiológicos (Jersild y Holmes, 1935; Lapouse y Monk 1959; Leighton y cols, 1963 Citados en Bowlby, 1985)
- Disfunción cerebral mínima por asfixia. Resultados de investigaciones (Uko, 1965, citado en Bowlby, 1985) señalan que los niños con esta característica son más reactivos a los cambios ambientales.
- Ceguera, según las investigaciones (Nagera y Colonna, 1965 ; Fraiberg, 1971 Citados en Bowlby 1985), los niños invidentes responden de una manera insegura muy ambivalente y dramática a los episodios de separación con sus figuras de apego.
- Experiencias terroríficas (Newson, Newson, 1968; Jersild y Holmes, 1935 citados en Bowlby, 1985), como sinónimo de lo que hoy en días se traduciría como experiencias potencialmente traumáticas.
- Relatos escuchados (Jersild y Holmes, 1935 ; Lapouse y Mok, 1959, citados en Bowlby, 1985), tanto reales como fantasiosos, tienen el potencial de hacer que los niños pequeños sientan temor.
- Amenazas de abandono con fines disciplinarios (Bowlby 1985).
- Que el niño presencie discusiones entre los padres que lleven implícitamente el riesgo de una separación. (Bowlby, 1985)
- Inversión de los roles con madres o más raramente padres, que demandan que sus hijos los cuiden o se queden en casa con ellos. (1985)

Por otro lado en Bowlby (1985) señala que existen factores que disminuyen el riesgo de sentir ansiedad durante el desarrollo, indicando que el más importante sería la disponibilidad de una figura de apego que pueda demostrar seguridad ante situaciones ansiógenas, así como el mismo hecho de que dicha figura brinde un comportamiento consistente que promueva la seguridad en el niño

a lo largo de su desarrollo, estos procesos de habituación y modeling producirían un efecto de seguridad en el niño.

#### 2.11.4.6. Dos tipologías diferentes en los trastornos de ansiedad infantil

Bowlby (1985) plantea que se pueden observar dos grupos de niños fóbicos, aquellos que se caracterizan por tener miedos encapsulados y que fuera de estos no presentan alteraciones significativas en su comportamiento regular, y por otro lado los que Mark (1969, citado en Bowlby, 1985) señala que padecen de una serie de alteraciones en la totalidad de su personalidad, “la mayoría de ellos son seres timoratos que no solo se muestran propensos a temer muchas situaciones de distinto tipo sino a caer víctimas de estados depresivos y desarrollar, así mismo, diversos síntomas psicósomáticos.” (Bowlby, p. 283, 1985). “La diferencia entre enunciarse con claridad en función de la presente teoría. En el caso de una personalidad fóbica, lo que más se teme es la *presencia* de algo que para otros resulta mucho menos temible, pero que aquella a toda costa procura *evitar* o de lo que se aparta de inmediato. En el caso de una persona *seudofóbica*, lo que más se teme es la *ausencia* o *pérdida* de una figura de afecto o alguna otra base segura hacia la cual normalmente se dirige el sujeto en busca de refugio.” (Bowlby, p. 284, 1985)

La distinción realizada previamente permite por un lado apreciar que existe una serie de elementos que diferencian a una persona fóbica, de una persona con un trastorno de ansiedad por separación, puesto que en el TAS se ve afectada la totalidad de la interacción de la persona con su entorno y de manera general la personalidad. Sin embargo, por otro lado esta diferenciación coincide con las apreciaciones que ya desde otros paradigmas se han realizado, entendiendo que existe en algunos casos de TAS un elemento caracterológico, la cual se

equipara a lo que en los párrafos anteriores Bowlby denomina una persona pseudofóbica. (Coolidge, Hahn y Peck, 1957, Fobia Escolar de tipo Neurótica y Fobia Escolar de tipo Caracterológica, Spielberg y Gray, 1972, 1970, Ansiedad estado, Eysenck, 1967, Neuroticismo e introversión)

Dicha especificación de las características de personalidad de los niños ansiosos se puede apreciar en el siguiente párrafo: En casos de fobia escolar “se trata por regla general de niños de buena conducta, inhibidos y ansiosos. La mayoría provienen de familias unidas, no han experimentado separaciones prolongadas o frecuentes del hogar, y tienen padres que expresan profunda preocupación acerca del hijo y su negativa a asistir a la escuela. Las relaciones existentes entre el niño y sus padres son estrechas, incluso al punto de verse sofocados” (Bowlby, p. 285, 1985). Obsérvese que en las líneas anteriores el énfasis de los elementos de influencia se halla en los patrones de interacción familiar.

#### **2.11.4.7. Patrones de interacción familiar en la ansiedad por separación**

Respecto del trastorno de ansiedad por separación Bowlby indica que existen 4 pautas de interacción familiar:

“Pauta A – La madre o, más raramente, el padre, sufre de ansiedad crónica con respecto a las figuras de afecto, y mantiene al niño como su compañero.

Pauta B – El niño siente que puede sucederle algo terrible a la madre o, quizá, al padre, mientras él está en la escuela por lo cual permanece en casa para evitar este hecho.

Pauta C – El niño teme que pueda sucederle algo terrible si se aleja del hogar, por lo cual permanece en casa para impedir este hecho.

Pauta D – La madre o, más raramente, el padre siente que puede suceder algo terrible al niño mientras está en la escuela, por lo cual tratan de retenerlo en el hogar.” (Bowlby, p. 288, 1985).

Bowlby (1985) indica que siempre que se presenta la pauta A de interacción familiar, se da una inversión de roles respecto a las funciones padre-hijo, es decir que de alguna manera llegar a suceder que el padre o la madre son cuidados por el niño: “lejos de hallarse ‘complacidos en exceso’, esos chiquillos se ven frustrados de modo crónico y, como supuestamente se les da todo, ni siquiera tienen la libertad de hacer sus planteos.” (Bowlby, p. 290, 1985) He aquí una nueva forma de comprender el concepto de sobreprotección puesto que implica que dicha dinámica tiene como objetivo complacer las necesidades afectivas de uno de los progenitores, y prácticamente incapacita al hijo para poder ejercer su libertad en virtud ya sea de los miedos o los deseos del progenitor.

Bowlby (1985) plantea que un fenómeno muy frecuente en el trastorno de ansiedad por separación es la inversión de los roles hijo-progenitor, por diversas circunstancias, sin embargo plantea que un patrón típico es el de una madre ansiosa que busca satisfacer necesidades afectivas a través de sus hijos, dicha necesidad tiene un probable origen en la propia relación de origen que tiene la madre con su progenitora. Así mismo plantea que la vida conyugal de los padres del niño que presenta el trastorno se ve seriamente deteriorada debido a una fuerte dependencia de uno de los miembros de la pareja con su familia de origen y más específicamente con la madre. Esta apreciación enfoca que se debería rastrear el origen de las ansiedades del progenitor dependiente en su propia historia como hijo, tal como se plantea en el siguiente párrafo: “Puede afirmarse que, siempre que un pequeño se niega a asistir a la escuela

expresa ansiedad en torno a la presencia continua o a la seguridad de uno de los progenitores, esta ansiedad suele darse como respuesta bastante directa a los hechos desencadenados en el seno de la familia” (Bowlby, p. 303, 1985)

#### **2.11.4.8. Conclusiones sobre el análisis del paradigma conductual en el TAS**

Se puede decir la teoría del Apego es una de las teorías más integradoras revisadas hasta el momento, puesto que contiene el análisis de elementos biológicos, ambiental conductuales, inconscientes, afectivos, cognitivos y por su puesto sistémicos.

Un elemento que trae a colación esta teoría es el acento relacional y comunicacional como factor de influencia en el desarrollo de los problemas de ansiedad, y plantea de manera explícita que existe un cierto grupo de niños que tienen, una personalidad pseudofóbica (Bowlby, 1985) haciendo referencia a que son personas que ven alterada casi toda la dinámica de su forma de ser y cuyos miedos no pueden ser denominados fobias puesto que no se refieren al temor a un objeto sino más bien a enfrentar situaciones en ausencia de alguien, si figura de apego. Se diferencia a estos niños de otro grupo que presenta temores acusados a objetos o situaciones, pero que su funcionamiento general de personalidad no se ve alterado, en otras palabras sus miedos se encuentran encapsulados pero aparte de ello no presentan la dependencia emocional hacia los padres que los niños del primer grupo (pseudofóbico). Este aspecto de la teoría, a saber, la división entre niños fóbicos y pseudofóbicos, coincide con las hipótesis planteadas anteriormente por Coolidge, Hahn y Peck, 1957, refiriéndose a la Fobia Escolar de tipo Neurótica y Fobia Escolar de tipo Caracterológica; Spielberg y Gray, 1972,

1970 que entienden que existe una Ansiedad estado y una ansiedad rasgo y Eysenck, 1967 que plantea la combinación de los rasgos neuroticismo e introversión, como sinónimo de la ansiedad rasgo.

Aunque los factores de influencia que plantean las anteriores teorías (por Coolidge, Hahn y Peck,1957; Spielberg y Gray, 1972, 1970; Eysenck, 1967) son de naturaleza casi exclusivamente biológica, valdría la pena analizar uno de los aportes de la teoría cibernética que plantea la retroalimentación como un circuito en el que una variable puede a la vez convertirse en causa y efecto de sí misma, entendiendo que probablemente los niños del grupo que Bowlby denomina pseudofóbicos presenten una tendencia biológica al temperamento de inhibido, muy probablemente este sea retroalimentado por las personas del entorno, por diversos factores: ya sea por la presencia de necesidades afectivas de los padres haber tenido frustraciones en sus respectivas relaciones de apego en la infancia, o bien porque probablemente uno de los padres presente similar temperamento con la correspondiente tendencia a los afectos ansiosos y por lo tanto a las preocupaciones excesivas y a una sobre implicación en el cuidado de los hijos, haciendo un modeling de mundo peligroso y de respuesta de ansiedad ante cualquier posibilidad de peligro.

Por otro lado esta teoría plantea un factor de influencia transgeneracional puesto que ubica una posible fuente de origen de las ansiedades paternas en las propias experiencias infantiles de frustración de los progenitores con sus figuras de apego. Lo cual lleva a preguntarse que tanto se sabe en la investigación actual sobre las percepciones que tiene los padres de niños que presentan TAS sobre sí mismos y sus propias historias de familia en la infancia.

Así mismo un aspecto que parece fundamental en esta teoría sobre la génesis de la ansiedad en la infancia es la inversión de roles que según Bowlby, opera

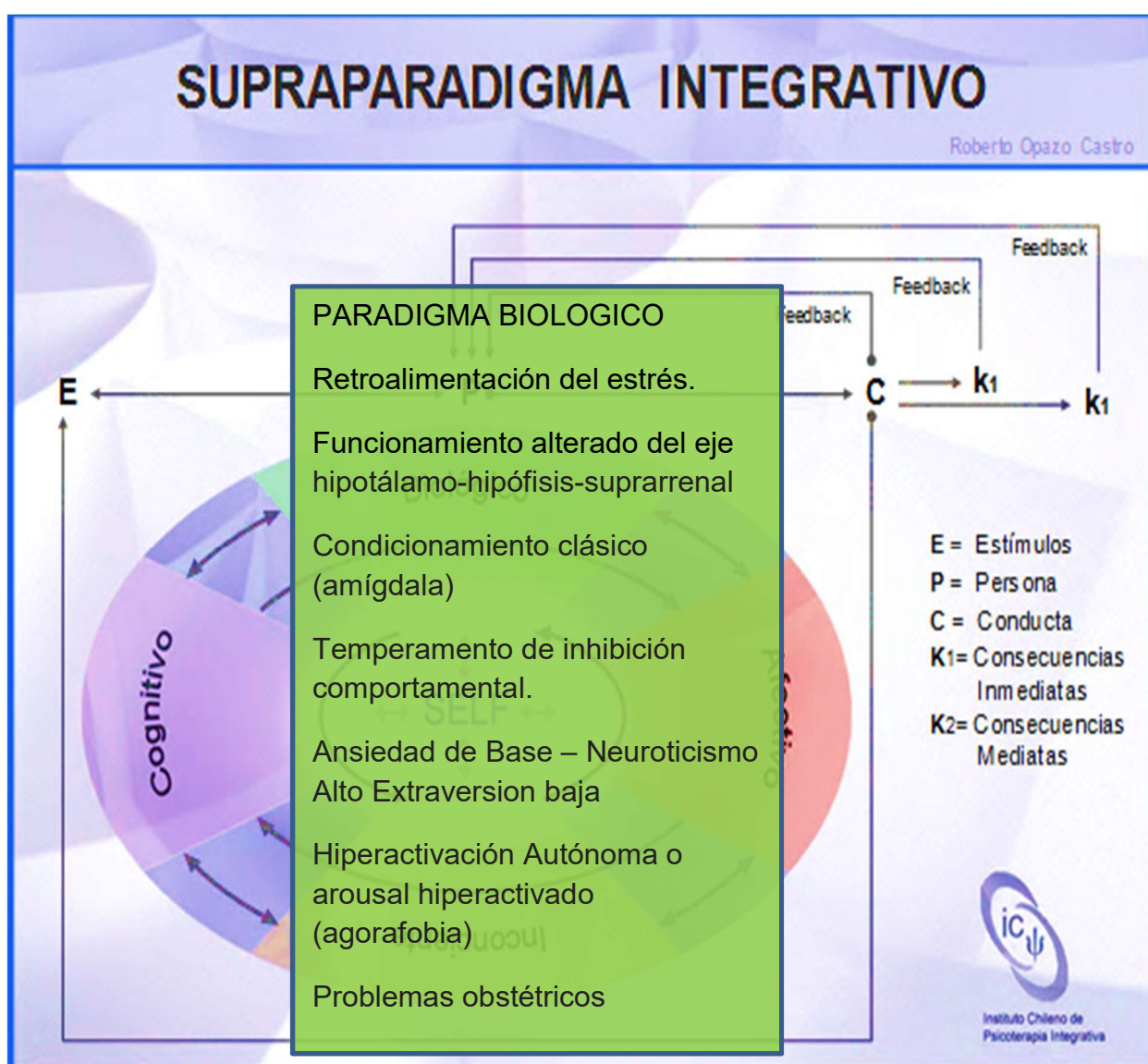
en muchas de las familias que presentan niños con personalidad pseudofóbica, puesto que encuentra que aunque estos niños parecen sobreprotegidos en la dinámica cotidiana deben quedarse a satisfacer las necesidades afectivas de sus padres, dejando el rol de hijo y asumiendo en cierta medida el rol padre o madre, esto en el sentido de hacer compañía, y demostrar continuamente afecto para re asegurar las carencias afectivas que se dan en sus progenitores. Evidentemente este factor de influencia debe ser estudiado a mayor profundidad puesto que plantea un re enfoque del fenómeno desde la perspectiva de la comunicación, sin embargo

## CAPITULO III RESULTADOS

Tras la revisión bibliográfica respectiva para armar el marco teórico que forma parte de esta investigación se procede a sintetizar los resultados en un esquema del Enfoque Integrativo Supraparadigmático.

### 3.1. SÍNTESIS DE RESULTADOS PARADIGMA BIOLÓGICO

#### ESQUEMA3: RESULTADOS INTEGRACION ETIOLOGIA DEL T.A.S. PARADIGMA BIOLÓGICO



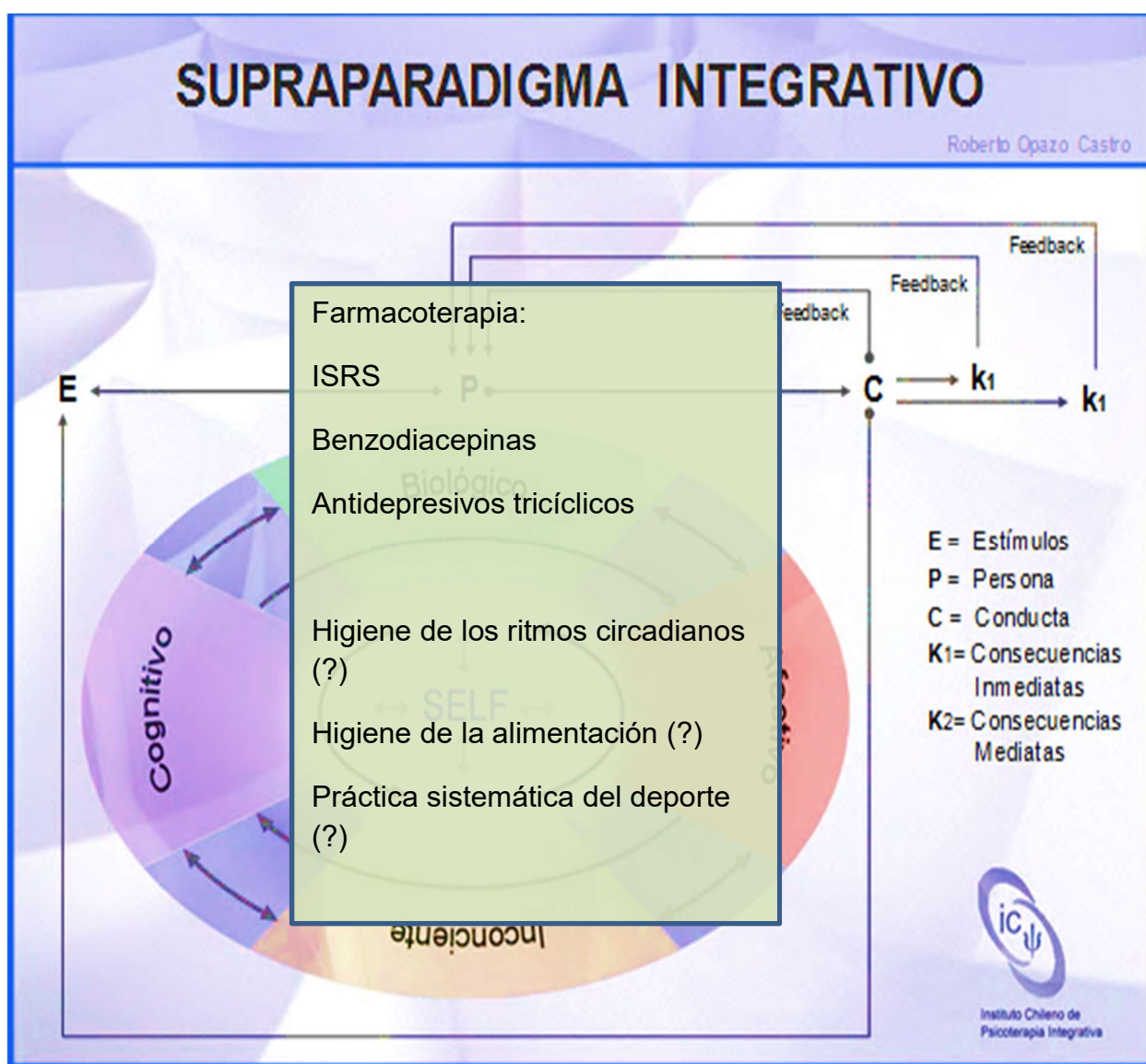


Quizás una de las líneas de investigación más importante en el paradigma biológico sea la de Spielberg y Gray (1972, 1970) sobre la ansiedad como un factor básico de personalidad que obedece a una cierta reactividad innata, esto concuerda con los resultados encontrados por Caspi (1996) sobre lo que se denomina temperamento de inhibición comportamental o los resultados sobre Neuroticismo e Introversión de Eysenck (1967).

Por otro lado la hipótesis de una hiperactivación del sistema nervioso autónomo (Malmö, Lader y Mathews) como un factor predisponente a ciertos trastornos de ansiedad no deja de ser importante, y aunque puede corresponder con las ideas citadas previamente, no necesariamente implica un estado de ansiedad permanente e intrínseco de la personalidad.

El valor de estas teorías radica en que las mismas permiten establecer la importancia del temperamento o al menos de las influencias biológicas como principios de influencia en la génesis del Trastorno de Ansiedad por Separación, y son uno de los fundamentos para decir que una buena proporción de los trastornos por ansiedad tienen base biológica.

**ESQUEMA 4: RESULTADOS INTEGRACION INTERVENCION PARA EL  
T.A.S. PARADIGMA BIOLOGICO**

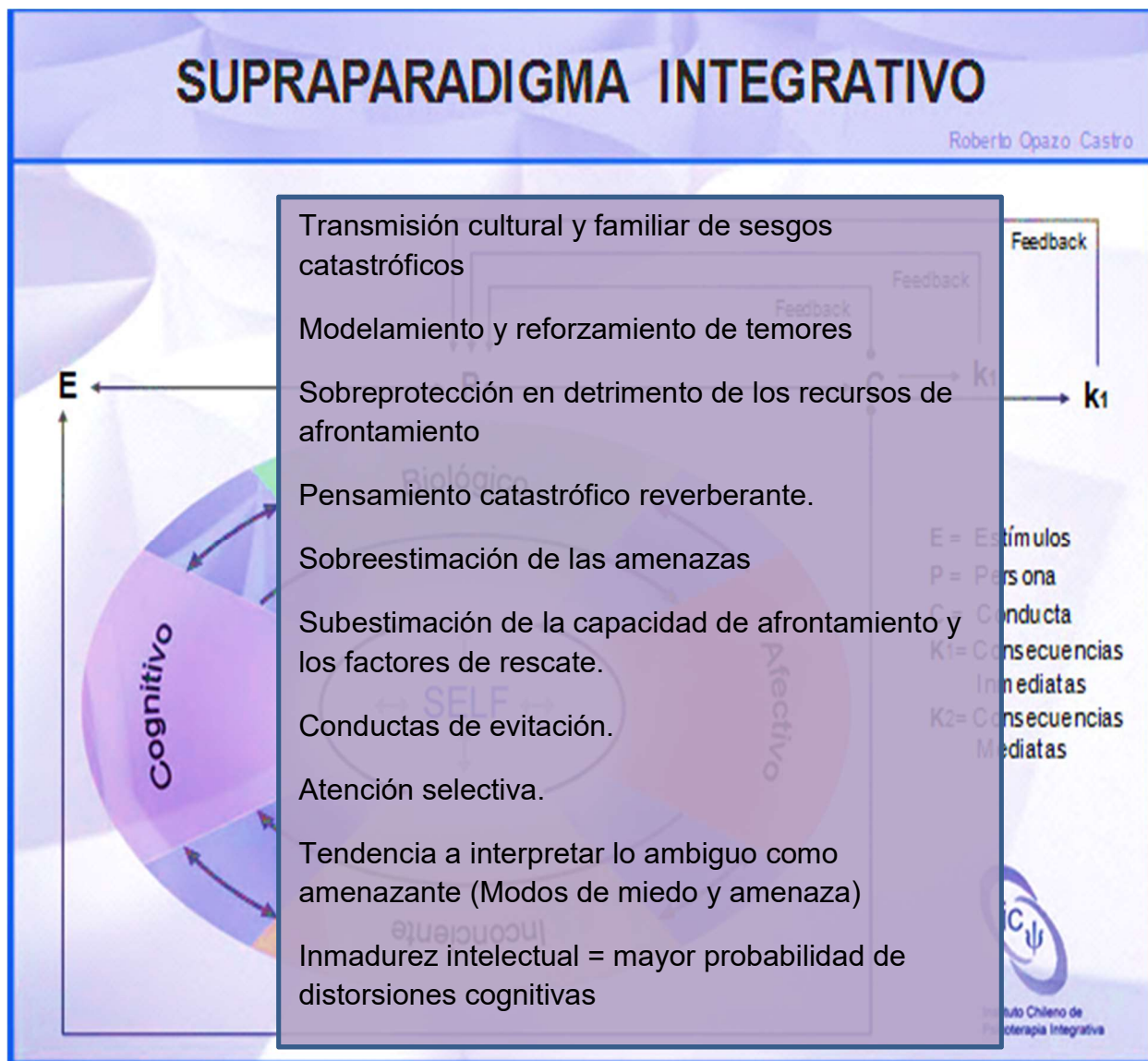


La farmacoterapia con Inibidores Selectivos de la Recaptación de la Serotonina (ISRS) es la más recomendada en el T.A.S. especialmente por los resultados con la Fluoxetina, una segunda línea de tratamiento farmacológico son las Benzodiacepinas, que por sus efectos inmediatos pueden servir para intervenciones más a corto plazo.

Algo que resulta importante señalar es que se encontró muy poca información sobre la importancia de la higiene del sueño, la alimentación así como de la actividad física, lo cual representa una veta de posibles investigaciones para enriquecer el E.I.S. tanto dentro de lo que es el paradigma biológico como el paradigma afectivo y ambiental conductual, esto último específicamente referido al manejo del estrés no solo respecto al niño, sino fundamentalmente de sus cuidadores.

### 3.2. SÍNTESIS DE RESULTADOS PARADIGMA COGNITIVO

#### ESQUEMA 5: RESULTADOS INTEGRACION ETIOLOGIA DEL T.A.S. PARADIGMA COGNITIVO

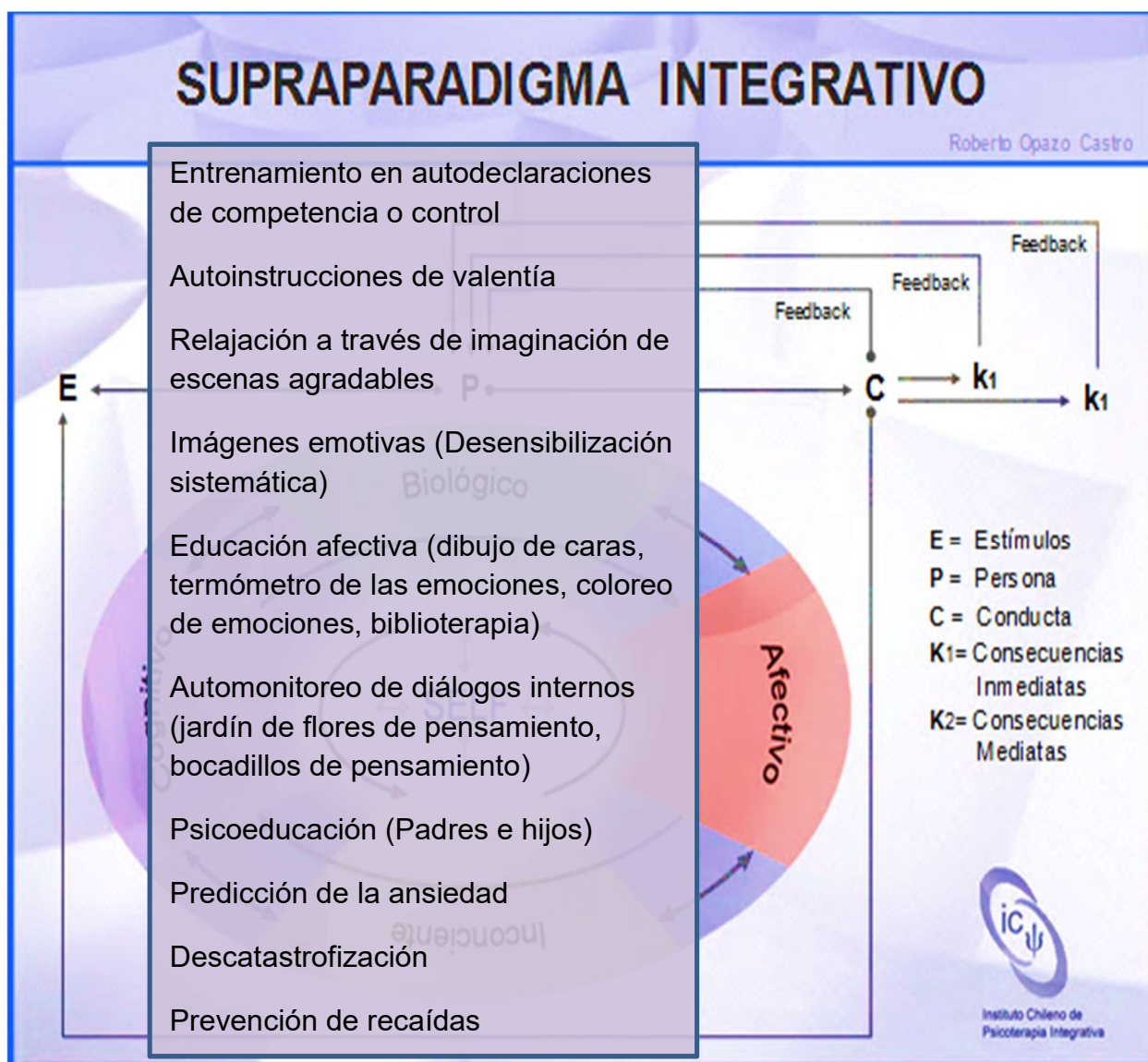


Como se puede observar en el diagrama existen varias hipótesis sobre la influencia de las variables mediacionales en los trastornos de ansiedad, sin embargo quizás quienes más han profundizado sobre la temática en el contexto del TAS han sido Gold y Kendall, los trabajos de estos autores descenden de cierta forma de los pioneros en la psicoterapia cognitiva, Ellis y

Beck, sin embargo se puede observar como conceptos netamente cognitivos como el de esquema han evolucionado a constructos como el de estrategias de afrontamiento que aun cuando conservan aspectos cognitivos, se han enlazado con la dimensión comportamental.

Quizás uno de los aspectos más importantes con los que contribuye la psicología cognitiva, aunque no sea desde el ámbito clínico sino del desarrollo, es la teoría del desarrollo de la inteligencia de Piaget, que contribuye a entender que el procesamiento lógico no se da de la misma manera en todas las edades y que en los momentos más tempranos del desarrollo la falta de lógica en el pensamiento, este último podría considerarse un factor de vulnerabilidad general para el desarrollo de T.A.S. siendo que las fallas o limitaciones en el pensamiento lógico durante el período preoperacional, y de las operaciones concretas pueden generar cierta tendencia a las distorsiones cognitivas que Beck cita en su teoría.

## ESQUEMA 6: RESULTADOS INTEGRACION INTERVENCION PARA EL T.A.S. PARADIGMA COGNITIVO

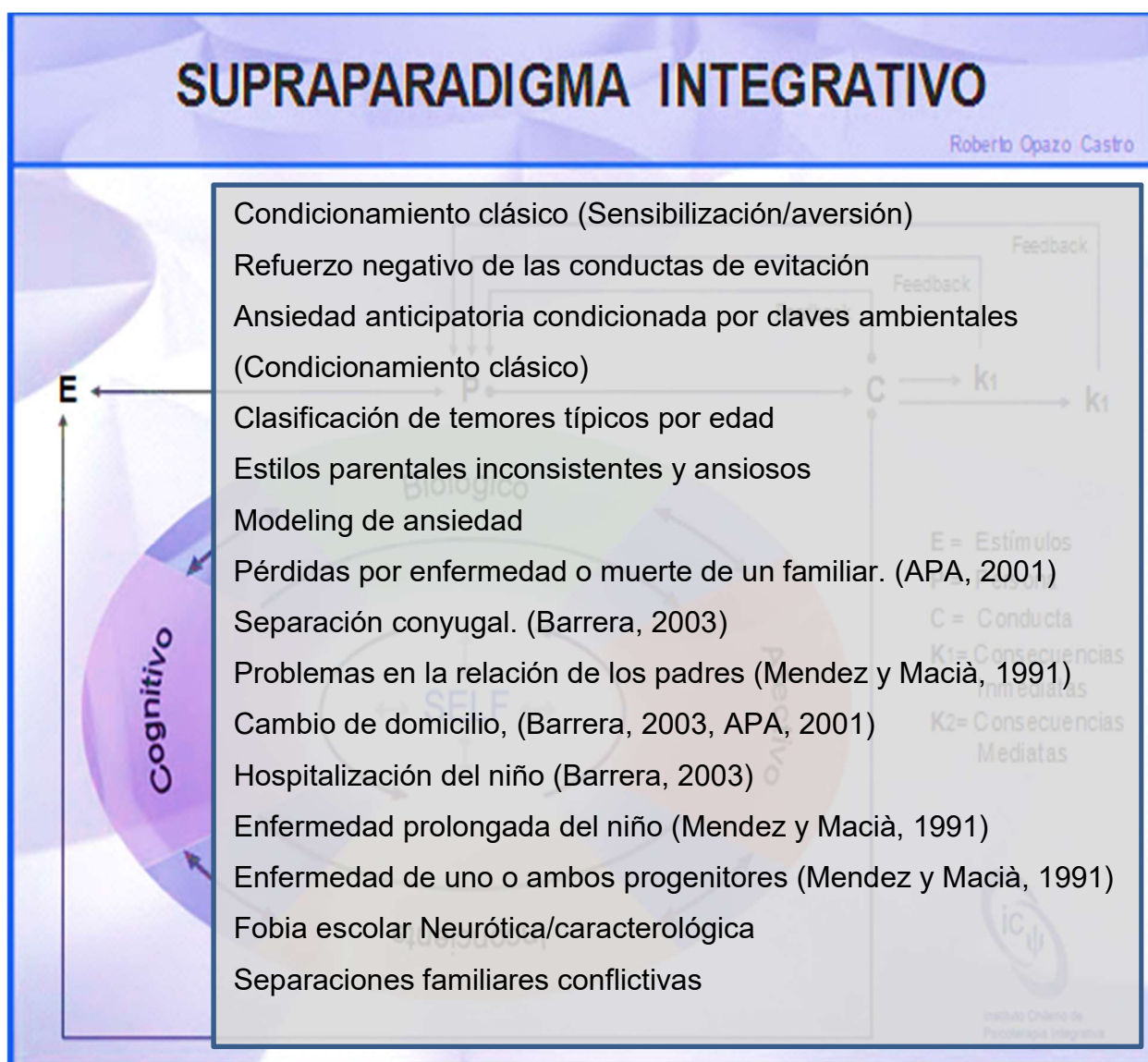


Quizás el paradigma cognitivo sea uno de los más prolíficos a la hora de desarrollar técnicas para intervenir en casos de ansiedad infantil, sin embargo la evidencia empírica ha puesto de relieve que las técnicas netamente cognitivas no son tan eficientes sino son combinadas con formas de intervención comportamental, hoy en día el paradigma cognitivo-conductual es uno de los más validados en el tratamiento de los trastornos ansiosos en niños.

Los tratamientos cognitivo-comportamentales ponen de relieve la necesidad de intervenciones eficientes y eficaces, por ello son conocidos en el marco de las terapias Breves y además quizá el enfoque cognitivo-conductual sea uno de los pocos que ha protocolizado las intervenciones con manuales de tratamiento, que aunque son generales

### 3.3. SÍNTESIS DE RESULTADOS PARADIGMA AMBIENTAL CONDUCTUAL

#### ESQUEMA 7: RESULTADOS INTEGRACION ETIOLOGIA DEL T.A.S. PARADIGMA AMBIENTAL CONDUCTUAL





El paradigma ambiental conductual ha contribuido sustancialmente a la comprensión de los procesos ansiosos fóbicos y desde este punto de vista aporta a la explicación etiopatogénica del trastorno de ansiedad por separación, entendiéndolo como la consecuencia de una combinación entre condicionamiento clásico aversivo y un condicionamiento operante de tipo negativo a las conductas de evitación.

Por otro lado uno de los grandes aportes del paradigma ambiental conductual ha sido el de establecer clasificaciones de temores típicos por edad, lo cual permite tener acceso al contenido de los miedos más frecuentes que se presentan durante los procesos de trastorno de ansiedad por separación.

Así mismo las investigaciones en relación a los estilos de crianza y de comportamiento paternal han revelado la importancia que tienen el modeling de inconsistencia y ansiedad parental en la etiología del TAS.

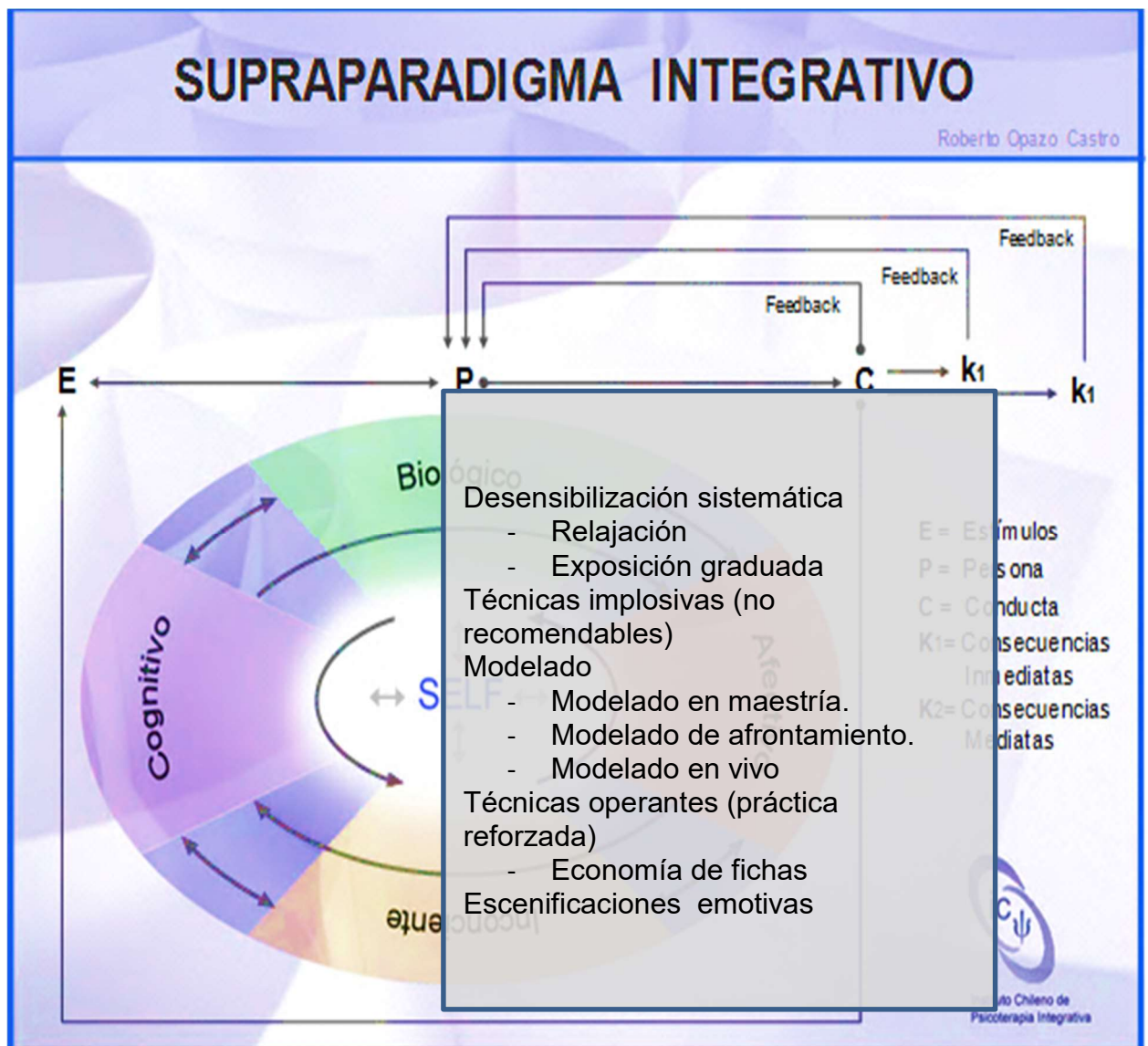
Los eventos estresantes y los acontecimientos que precipitan separación familiar son otro factor asociado al TAS. Según muestran las investigaciones desde este paradigma las situaciones ambientales, familiares asociadas a estrés y separaciones son un factor predictor de TAS, haciéndose hincapié en los divorcios y separaciones conflictivas.

Uno de los aportes más interesantes de esta teoría es que permite hipotetizar una subclasificación del trastorno de ansiedad por separación en dos direcciones: por un lado un trastorno al que se denomina fobia escolar neurótica, que tiene características de trastorno reactivo a sucesos ambientales y por otro lado la llamada fobia escolar caracterológica que presume la existencia de una vulnerabilidad a la ansiedad en la persona. Esta diferenciación contemplaría la posibilidad de diferentes aproximaciones etiológicas y terapéuticas, sin embargo esta teoría no se ha hecho popular a



pesar de ser concordante con los hallazgos del paradigma biológico en lo referente a un temperamento vulnerable a la ansiedad.

### ESQUEMA 8: RESULTADOS INTEGRACION TRATAMIENTO DEL T.A.S. PARADIGMA AMBIENTAL CONDUCTUAL

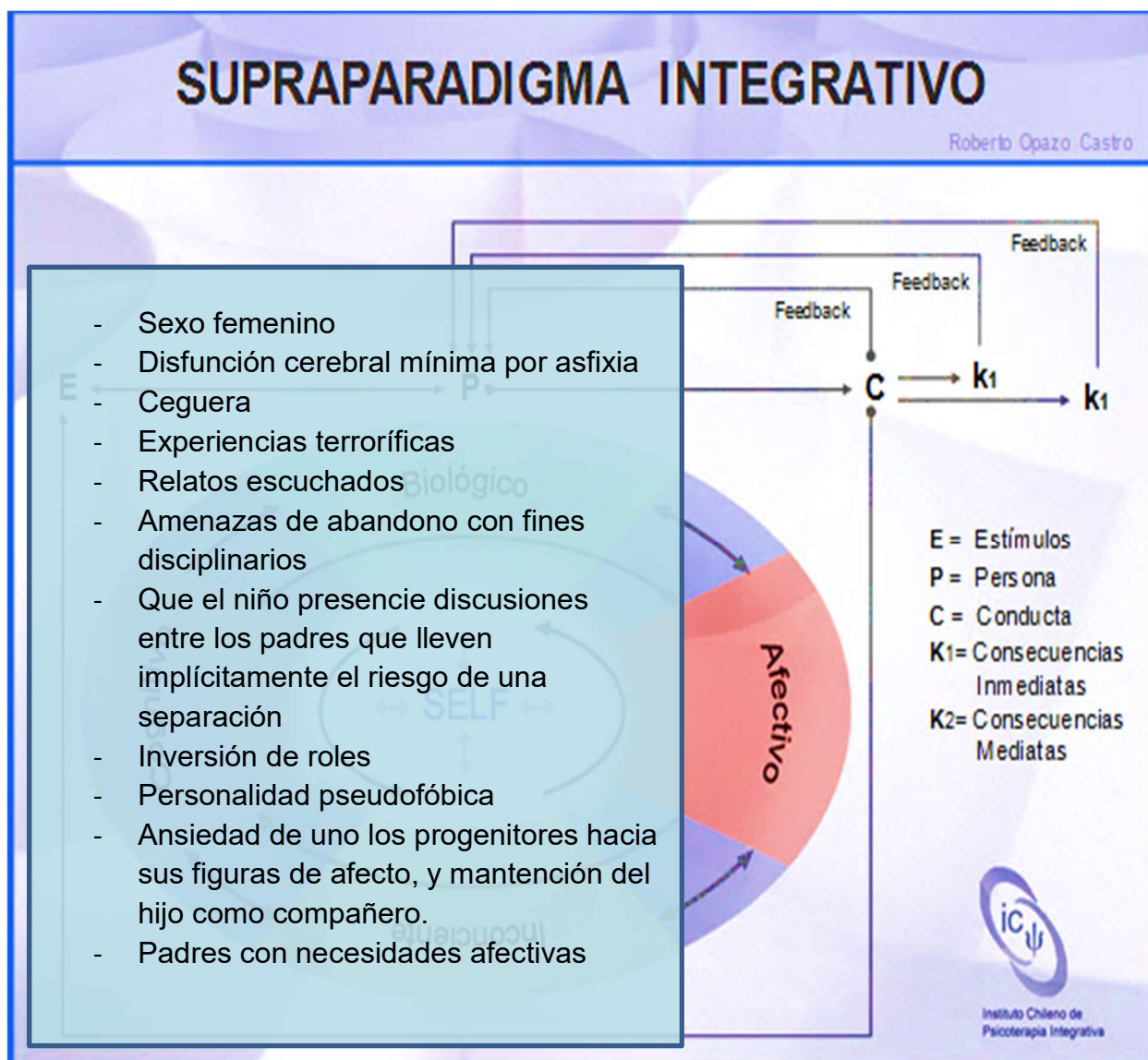


Desde el paradigma ambiental conductual existe un gran desarrollo de técnicas orientadas a la modificación conductual en trastornos de ansiedad, las mismas han sido ampliamente documentadas. Sin embargo las técnicas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad desde este paradigma, son generales y son más bien pocos los trabajos específicos respecto del TAS.

Probablemente la técnica más recomendada y validada en los casos de trastornos fóbicos sea la desensibilización sistemática, pues el principio de habituación ha demostrado ser muy efectivo para neutralizar las reacciones emocionales intensas. Sin embargo por sí misma dicha técnica resulta insuficiente con niños, puesto que es muy improbable que un niño acepte de manera voluntaria enfrentarse a las situaciones que le angustian. Por ello la variación denominada Escenificaciones Emotivas, combinada con otras técnicas de autocontrol emocional dispuestas en forma de juego resultan las más efectivas, dada la naturaleza lúdica de su presentación y el natural interés que despierta en los niños su realización.

### 3.4. SÍNTESIS DE RESULTADOS SISTÉMICO

#### ESQUEMA 9: RESULTADOS INTEGRACION ETIOLOGIA DEL T.A.S. PARADIGMA SISTÉMICO



Como se puede observar la teoría que plantea Bolwby es por sí misma bastante integradora, puesto que busca explicaciones a los fenómenos en aspectos biológicos, como las características hormonales y funcionales de género, o aspectos perinatales, sin embargo también propone modelos

ambiental-conductuales, como el modeling por relatos escuchados y las experiencias terroríficas.

Sin embargo la novedad de esta teoría es el acento comunicacional de la misma que se puede apreciar en el rol que asigna a las amenazas con fines disciplinarios o la influencia que puede tener que el niño presencie discusiones con contenido de separación y de manera aún más interesante la presencia de necesidades insatisfechas en los padres que llevan a los mismos a mantener al niño a su lado para que este los cuide, este último patron de comportamiento tendría según Bowlby su cimiento en las experiencias infantiles de los padres con sus propios progenitores. Esto último revela la necesidad de realizar investigación transgeneracional con los pacientes.

La hipótesis de que en algunos casos de TAS puedan tener como factor de influencia una actitud insegura de uno de los progenitores, la cual le lleva a invertir los roles de cuidado con su hijo y mantenerlo a su lado, resulta llamativa y aunque los datos que se tienen al respecto son más clínicos que estadísticos, pueden llevar a comprender aunque sea de manera parcial ciertas dinámicas familiares en el vínculo de apego inseguro.

El acento sistémico no solo se encuentra no solo en la relevancia que se le otorga a las relaciones y a la comunicación como etiopatogénicas en el fenómeno del Tas sino en el concepto de retroalimentación, gracias al cual se sabe un hecho dado como un temperamento ansioso, puede ser causa y consecuencia de un trato de cuidado especial y actitudes de sobreprotección por parte de los progenitores, y aún más si uno de ellos posee la misma característica de personalidad.

Lamentablemente la teoría de Bowlby, al ser un constructo teórico del desarrollo no aborda temáticas terapéuticas, sin embargo se puede apreciar que el trasfondo de dicha teoría es que la relación terapéutica debe promover el apego seguro, tanto en la diáda terapeuta paciente, como al interior del sistema consultante.

# CAPÍTULO IV: UNA PROPUESTA INTEGRATIVA DE ATENCIÓN A NIÑOS CON T.A.S.

---

Los siguientes lineamientos metodológicos de evaluación y lineamientos y estrategias de intervención son una propuesta que emerge como la consecuencia de integrar la información proveniente de los diferentes paradigmas consultados y pretenden establecer un pequeño modelo de atención a ser evaluado en lo posterior.

Se debe recordar que la presente investigación sobre el trastorno de ansiedad por separación está contextualizada en niños en edad escolar, y que los siguientes lineamientos se han diseñado específicamente para el rango de edad entre los 5 y los 9 años.

## **4.1. LINEAMIENTOS METODOLÓGICOS PARA LA EVALUACIÓN DE NIÑOS CON SOSPECHA DE TAS**

En primer lugar se debe aclarar que los lineamientos metodológicos de la evaluación tienen por objetivo no solamente establecer un diagnóstico claro y completo del TAS sino apuntan a la investigación del fenómeno desde una perspectiva integrativa.

A continuación se detallan aspectos de evaluación por paradigma. Aunque el análisis realizado a la bibliografía no contempló de manera directa los paradigmas Afectivo e Inconsciente, muchos aspectos que se hallaron en los factores de etiología de los paradigmas Biológico, Cognitivo, Ambiental-Conductual y Sistémico pueden contextualizarse en los primeros dos paradigmas. Por otro lado se establecen algunas líneas de investigación.

#### **4.1.1. Lineamientos metodológicos para la evaluación del TAS: Paradigma Biológico**

Una primera línea de evaluación de factores de influencia para el TAS es el paradigma biológico, puesto que existe evidencia consistente de su influencia en los trastornos de ansiedad. Sin embargo el profesional en psicología se puede ver seriamente limitado a la hora de precisar dicha pesquisa puesto que en general se contará casi siempre con reportes verbales del sistema consultante, los cuales no son totalmente confiables pues están teñidos por apreciaciones subjetivas y por las comunes distorsiones de la memoria. Sin embargo instrumentos como la anamnesis y algunos cuestionarios semi estructurados permiten indagar aspectos importantes sobre factores biológicos de desarrollo. Los aspectos sobre los cuales debería hacerse énfasis son:

- **Temperamento infantil contrastado con personalidad actual**, para dicho aspecto es importante contar con información sobre el comportamiento nocturno del bebe durante el primer año de vida, la etapa de lactancia y el destete. Dicha información puede ser obtenida a través de una anamnesis, sin embargo una posible línea de investigación para la obtención de información más objetiva es el desarrollo de cuestionarios estructurados para los padres que evalúen el temperamento. Por otro lado existen algunos cuestionarios, como por ejemplo la adaptación española de “Emocionalidad Sociabilidad and Activity

temperament survey”, para evaluar factores de temperamento infantil, sin embargo se considera un valioso y fértil terreno de investigación el desarrollo de un instrumento de diagnóstico que permita evaluar el temperamento infantil en los mismos términos que se utiliza en el diagnóstico integrativo, a saber Neuroticismo, Psicoticismo y Extroversión (Eysenck, 1967)

- **Historia de problemas obstétricos**, la presencia de problemas obstétricos durante el período de la primera infancia es predictor de dificultades para adaptarse a los cambios ambientales, el informe verbal que puedan dar las personas ante una entrevista o un cuestionario semi estructurado es poco confiable, sin embargo si se tiene acceso a la historia clínica de la madre, dicha información podría ser de gran utilidad no solo para un diagnóstico eficiente sino para fines investigativos.
- **Historia de problemas perinatales**. Aunque en el medio Boliviano no es frecuente, en algunas ocasiones las madres conocen el resultado de la prueba APGAR, por otro lado los reportes sobre el peso del bebé al nacer, necesidad y tiempo de incubadora, pueden brindar pistas sobre este aspecto. El acceso a esta información suele ser relativamente confiable en función del nivel cultural de la familia y del centro de salud en el que se haya realizado la atención al momento del parto. Es altamente conveniente tener acceso a la historia clínica del recién nacido.
- **Historia de disfunción cerebral mínima por asfixia**, aunque puede considerarse una complicación obstétrica o perinatal es necesario puntualizar la importancia de este factor de riesgo, por lo tanto el conocimiento sobre hipoxia o sufrimiento fetal al nacer se hace extremadamente necesario, lamentablemente este hecho es poco conocido por las madres, especialmente si provienen de estratos socio económicos bajos, de ahí la importancia de poder contar con datos



fidedignos que provengan de los archivos e historias clínicas correspondientes, tanto para el diagnóstico como para la investigación científica.

- **Antecedentes hereditarios**, es necesario evaluar dicho aspecto desde dos perspectivas: por un lado la presencia de trastornos del estado de ánimo y ansiosos en la familia, y por otro lado la vulnerabilidad al estrés presente en el temperamento tendiente a la ansiedad, la combinación Neuroticismo alto, extraversión baja (Eysenck, 1967), cuya presencia no necesariamente garantiza una psicopatología ansiosa, pero se considera un predisponente genético.

**Cuadro 13: Síntesis lineamientos de evaluación TAS, paradigma biológico**

	<b>Indicadores cualitativos de sospecha</b>	<b>Técnicas de evaluación</b>	<b>Líneas investigación</b>
Temperamento infantil (lactancia) vs. Personalidad actual	Reacción al destete  Comportamiento nocturno	Anamnesis	Desarrollo de versión infantil del EPQ  Comparación de rasgos temperamentales tempranos vs. Personalidad actual
Reactividad del eje hipotálamo-hipófisis-	Hiperhidria  Facilidad para sonrojarse	-----	Desarrollo de instrumento para medir la hiperactivación

suprarrenal  Hiperactivación autónoma	Hiperventilación  Taquicardia  Hiperactividad, inquietud motora		autónoma
Historia de problemas obstétricos	Risgos en el embarazo: Diabetes de la madre, pre- eclampsia, placenta previa, posición anormal del feto, limitación del crecimiento intra uterino	Anamnesis  Revisión de historial clínico	Correlación problemas obstétricos, reactividad a los cambios ambientales
Historia de problemas perinatales	Problemas perinatales  Peso al nacer  Necesidad de incubadora	Anamnesis  Revisión de historial clínico	Correlación problemas obstétricos, reactividad a los cambios ambientales
Disfunción cerebral mínima por asfixia	Historia de hipoxia, ahorcamiento con el cordón umbilical	Anamnesis	Valoración del temperamento de niños con hipoxia al nacer
Antecedentes heredológicos	Antecedentes de TAS o trastornos de ansiedad en los progenitores (especialmente	Anamnesis  EPQ (padres)	Correlación TAS/ antecedentes familiares de trastornos de ansiedad

	Pánico)		
--	---------	--	--

Fuente: elaboración propia

#### 4.1.2. Lineamientos metodológicos para la evaluación del TAS: Paradigma Cognitivo

En el trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por episodios de ataques de angustia con un contenido muy específico, el rol de las cogniciones en durante estas crisis es altamente relevante, puesto que se considera que uno de los principales factores precipitantes durante las crisis pánicas son precisamente los pensamientos catastróficos.

De acuerdo a la investigación actual, se podría resumir el rol de los factores cognitivos a evaluar durante el diagnóstico es el siguiente:

- **Pensamiento catastrófico reverberante**, que se caracteriza por la presencia de quejas sobre peligros que amenazan al niño o a sus padres, que suele ser exagerada y que por otro lado minimiza la propia capacidad del niño para poder enfrentar la situación temida. Se trata de una estructura cognitiva que caracteriza los momentos previos al ataque de angustia, los mismos pueden disparar o retroalimentar la reacción fisiológica de ansiedad. Existen dos grandes dificultades para lograr la identificación de las diferentes formas de catastrofismo en los niños: en primer lugar el hecho de que a menudo los niños no pueden pensar claramente después de una crisis de pánico o simplemente por vergüenza entran en mutismo frente al evaluador. Por otro lado el limitado lenguaje y lógica que pueden ofrecer debido a su nivel de

maduración cognitiva. Si bien se puede tener acceso a las fantasías catastróficas de los niños por medio de las pruebas proyectivas, las mismas suelen ser largas por un lado y por otro de enfocar de manera muy abierta las cuestionantes como para que el niño especifique sus temores. Por lo tanto se hace necesaria la exploración científica de alternativas para la evaluación del pensamiento catastrófico reverberante en niños.

- **Transmisión de sesgos catastróficos al interior de la familia**, este aspecto puede ser concebido de maneras muy diversas, puesto que la transmisión de sesgos catastróficos puede entenderse tanto la presencia de discursos ansiosos en algún miembro de la familia, como por el modeling de comportamientos ansiosos frente a situaciones cotidianas, sin embargo, para los fines de estos lineamientos de evaluación, se plantea considerar las características ansiosas y dependientes de los padres por un lado, así como una valoración de sus respectivas capacidades de afrontamiento. Por otro lado una línea de investigación realmente interesante es el desarrollo de un instrumento específico que evalúe los temores paternales.
  
- **Nivel de desarrollo lógico**, el nivel de desarrollo cognitivo en términos de Piaget, corresponde a la forma de procesar la información de una manera cada vez más evolucionada en un sentido lógico. Desde esta perspectiva los niños que aún se encuentran en estadios de desarrollo inferiores al operacional concreto son mucho menos capaces de establecer un razonamiento guiado por premisas congruentes y por lo tanto, entienden menos las cosas y son más propensos a explicaciones animistas, al pensamiento sincrético, al razonamiento transductivo y al egocentrismo, estas características de pensamiento inmaduro pueden ser un factor de mantenimiento del trastorno y una dificultad a lo largo del tratamiento, especialmente en lo que se refiere a técnicas de descatastrofización y análisis lógico por medio del lenguaje.

- **Determinación del contenido de los miedos**, puesto que aún hoy existe la diferenciación entre fobia escolar y TAS, es pertinente tener elementos que permitan realizar un diagnóstico diferencial, por un lado y por otro especificar posibles situaciones que provoquen ataques de ansiedad en los niños puesto que a pesar de que en realidad el TAS no constituye una fobia en sí mismo, puede desarrollar dinámicas situacionales, o bien compartir y verse retroalimentado por fobias específicas.

**Cuadro 14: Síntesis lineamientos de evaluación TAS, paradigma cognitivo**

	<b>Indicadores cualitativos de sospecha</b>	<b>Técnicas de evaluación</b>	<b>Líneas investigación</b>
Transmisión de sesgos catastróficos al interior de la familia	Progenitores con características ansiosas, dependientes y/o evitativas  Modeling de conducta ansiosa  Sesgos verbales	Entrevista semidirigida  Evaluación de estrategias de Afrontamiento en los padres	Diseño y validación de cuestionario de temores paternos en adultos  Validación de escalas de estrategias de afrontamiento

	Sesgos no verbales		
Pensamiento catastrófico reverberante	<p>Quejas sobre peligros inminentes que amenacen al niño o a sus padres</p> <p>Sub estimación de las propias capacidades de afrontamiento</p> <p>Sobreestimación de los peligros</p>	<p>Técnicas proyectivas: Dibujo libre, DFH, Dibujo de la familia, Test de relaciones objetales</p> <p>Globos de pensamiento con dibujos</p> <p>Entrevista semidirigida</p>	<p>Diseño y validación de cuestionario de pensamientos irracionales en el TAS (con bocados de pensamiento)</p> <p>Adaptación de las distorsiones cognitivas de Beck al pensamiento infantil</p>
Nivel de desarrollo lógico	Niños con pensamiento transductivo, sincretismo, pensamiento mágico.	-	Diseño y validación de escala de desarrollo lógico
Determinación del contenido de los miedos	Motivos de consulta poco claros	Inventario de miedos (Pelechano)	----

	Miedos atípicos para la edad (de muerte o daño)		
--	---	--	--

Fuente: elaboración propia

#### 4.1.3. Lineamientos metodológicos para la evaluación del TAS: Paradigma Ambiental conductual

El paradigma ambiental conductual constituye quizás al igual que el paradigma biológico, uno de los ejes centrales de la investigación en psicología. Desde esta teoría el TAS, puede ser abordado como una fobia, tanto así que plantea el denominativo Fobia escolar, para describir el mismo, aunque, esta idea es ampliamente debatida, es ineludible considerar que los mecanismos ambiental-conductuales que se plantean en la génesis de las fobias pueden aplicarse también a trastorno de ansiedad por separación, como factores de retroalimentación del mismo, es decir a manera de influencias mantenedoras del trastorno. Se debe puntualizar que la gran mayoría de los aspectos a indagar para el diagnóstico del paradigma ambiental conductual se hará sobre todo con los tutores del niño que con el niño mismo.

Los factores que se consideran esenciales a la hora de la evaluación del TAS son:

- **Identificación de conductas de evitación**, puesto que es necesario para fines de la intervención poder individualizar los comportamientos que vía reforzamiento negativo contribuyen a mantener la sintomatología. En este sentido son frecuentes los llantos, las quejas somáticas y los berrinches, sin embargo los comportamientos evitativos suelen observarse en una amplia gama de posibles comportamientos, y se definen más por sus efectos que por sus características intrínsecas.

- **Identificación claves ambientales de experiencias aversivas**, desde el punto de vista de la teoría del condicionamiento clásico es importante poder observar las claves ambientales que predisponen ataques de ansiedad, puesto que estas son gatillantes de los mismos y al identificar las mismas se puede en cierta medida empezar a controlar las mismas, variando las secuencias de conducta o re direccionando la atención del niño.
- **Factores estresantes**, el rol de estrés en la génesis de los trastornos de ansiedad es ampliamente conocido, puesto que a su vez es causa y consecuencia de los mismos, por lo tanto se hace necesario identificar los estresores psicosociales que afectan al sistema familiar, y particularmente al niño, que puede significar de manera cualitativamente muy diferente los sucesos cotidianos. Existen cuestionarios que evalúan el impacto de estresores psicosociales para adultos, sin embargo no se pudieron hallar cuestionarios que pesquisen las preocupaciones infantiles típicas, que la mayoría de las veces pueden tener valor incluso de acontecimiento traumático para los niños.
- **Diagnóstico diferencial fobia caracterológica**, de la misma manera que se plantea en el paradigma biológico, el paradigma ambiental conductual también implica la presencia de elementos caracterológico jugando un rol importante en la manifestación del, y los criterios que se plantean al respecto para diferenciar la denominada fobia escolar caracterológica de la fobia escolar neurótica son:

	<b>F.E. Caracterológica</b>	<b>F.E. Neurótica</b>
<b>Inicio</b>	Progresivo	Insidioso
<b>Estrés post traumático</b>	No	Si



<b>Curso</b>	Cicla	Remite
--------------	-------	--------

Fuente. Elaboración propia

**Cuadro 15: Síntesis lineamientos de evaluación TAS, paradigma Ambiental conductual**

	<b>Indicadores cualitativos de sospecha</b>	<b>Técnicas de evaluación</b>	<b>Líneas investigación</b>
Identificación de conductas de evitación	Llanto  Quejas somáticas  Berrinches	Análisis funcional y de contingencias	Identificación de patrones típicos de evitación en el TAS
Identificación claves ambientales de experiencias aversivas	Ansiedad anticipatoria	Análisis funcional y de contingencias	----
Factores estresantes	Ambiente carenciado  Pérdidas por enfermedad o muerte de un familiar.	Entrevista semidirigida  Cuestionarios de estresores psicosociales (padres)	Diseño y validación de escala de estresores psicosociales para niños.

	<p>Separación conyugal.</p> <p>Problemas en la relación de los padres</p> <p>Cambio de domicilio</p> <p>Hospitalización del niño</p> <p>Enfermedad prolongada del niño</p> <p>Enfermedad de uno o ambos progenitores</p>		
Fobia Neurótica/ caracterológica	Antecedentes de experiencia aversiva	----	Operacionalización del concepto de fobia caracterológica

	Ciclaje		
Identificación de gustos, intereses y preferencias de relajación	----	----	Identificación de patrones típicos de intereses en niños ansiosos  Correlación entre intereses y temperamento

#### 4.1.4. Lineamientos metodológicos para la evaluación del TAS: Paradigma Sistémico

La teoría consultada de para construir el marco teórico sistémico fue la teoría del Apego (Bowlby, 1985), la cual plantea una serie de elementos tanto biológicos como ambientales para explicar la génesis del comportamiento ansioso infantil. Sin embargo en esta sección se plantea que lo más pertinente es evaluar los aspectos comunicacional y relacional de la teoría:

- **Ansiedad de separación normal**, la teoría del apego, señala que la reacción de ansiedad de separación es un conflicto normativo del desarrollo que puede generar estrés tanto en el niño como en sus progenitores, que es adaptativa en el desarrollo socio afectivo de la persona y que se supera con cierta facilidad, en gran medida el rol comportamiento de los progenitores y quienes están cargo del cuidado del niño, contribuirá a la manera de resolver dicha ansiedad de

separación, generando a su vez un determinado tipo de apego (seguro o inseguro) en el niño.

- **Experiencias perturbadoras en ausencia de los progenitores**, haciéndose énfasis especialmente en la naturaleza de las experiencias de separación más tempranas, como antecedente de las primeras reacciones de ansiedad de separación del niño, es decir su temperamento en la primera infancia. Así mismo se deberán pesquisar las atribuciones y los conceptos de los progenitores respecto de estas separaciones. Por otro lado es necesario es importante hacer una relación de las experiencias de separación en Kinder, y otras separaciones que se hayan dado en la vida del niño si es que existieron. Situaciones de bullying o maltrato de adultos durante los períodos de las primeras separaciones en el jardín de niños, tienen especial relevancia.
- **Experiencias de deprivación materna temprana**, refiriéndose por un lado a ausencias físicas prolongadas de la principal figura de cuidado durante la infancia después del primer año, o bien a cambios bruscos en la forma de cuidado de la madre, por motivos diversos, durante este período, por ejemplo depresión, cuadros ansiosos de la madre.
- **Impaciencia, irritabilidad, regañonería materna**, se ha comprobado que este tipo de actitudes maternas correlacionan de manera significativa con un comportamiento dependiente del niño.
- **Inconsistencia en la negativa de solicitudes del hijo**, que se puede especificar como la dificultad de los progenitores para mantener una actitud firme frente a la insistencia del hijo, respondiendo no solamente de manera afirmativa a la solicitud, sino llamando la atención, recriminando, regañando, puesto que en términos generales estas actitudes también retroalimentan la insistencia de los hijos frente a un deseo.

- **Amenazas de dejar de amar o de abandonar**, las cuales los padres pueden minimizar o simplemente evitar mencionar durante la evaluación, por lo cual es necesario indagar este aspecto desde diversos ángulos y reiteradamente, para evitar distorsiones de la información.
- **Que el niño presencia discusiones con contenido de separación**, la conflictividad en la relación entre los padres puede ser un indicador de problemas afectivos en el niño, sin embargo, al igual que en el anterior punto es poco probable que los padres reconozcan abiertamente este tipo de situaciones en su hogar, especialmente durante los primeros momentos, razón por la cual se recomienda indagar sobre este factor durante diversos momentos de la evaluación.
- **Inversión de roles en las demandas de cuidado**, es bastante difícil dar una definición precisa sobre este factor de influencia y constituye en sí mismo un tema de investigación, sin embargo es probable que en presencia de este factor se puedan observar demandas afectivas de uno de los progenitores respecto del niño, quejas de actitudes de sobreprotectoras, pero aún más importante historia de frustración respecto de las figuras de apego en uno de los padres.
- **Personalidad pseudofóbica/ rechazo escolar**, de la misma manera que se encontraron elementos caracterológicos y de temperamento en los paradigmas ambiental conductual y biológico, respectivamente, la teoría del apego también desarrolla la hipótesis de una personalidad que se denomina pseudofóbica y que se a diferencia de las personas que presentan fobias específicas o situacionales se manifiesta de la siguiente manera:
  - Niños tímidos, temerosos.
  - Niños 'sensibles', con historia de depresión o ansiedad previa
  - Historia de trastornos psicósomáticos

- Historia de temor a estar solo
  - Por otro lado, la teoría señala que los padres con una relación muy estrecha y hasta sofocante con sus hijos son configuraciones familiares frecuentes de este tipo de niños.
- **Reacción de contexto escolar al trastorno**, si bien este aspecto no se considera dentro del marco de la teoría del apego, es necesario incluirlo a manera de sugerencia, en el marco de la evaluación del TAS, puesto que en gran medida la forma de resolverse de este trastorno se relaciona con la actitud que tomen los profesores y compañeros de escuela del niño, y a más grande escala la manera en que la escuela lidia con este tipo de situaciones. En este sentido es recomendable evaluar las atribuciones de los profesores, la manera de resolver la crisis de ansiedad en la escuela, promoción de relaciones de amistad por parte de los profesores, reacción de los compañeros de curso y el grado de interacción de los padres con la escuela.

**Cuadro 16: Síntesis lineamientos de evaluación TAS, paradigma Sistémico**

	<b>Indicadores cualitativos de sospecha</b>	<b>Técnicas de evaluación</b>	<b>Líneas investigación</b>
Ansiedad de separación normal	Anterior a los 4 años	-	-
Experiencias perturbadoras en ausencia de los progenitores	Temperamento en la infancia frente a la situación de separación	Entrevista semidirigida a los padres	Atribuciones de los padres sobre las experiencias de separación en la

	<p>Capacidad del niño para estar bajo el cuidado de otros adultos antes de los 4 años</p> <p>Atribuciones de los padres</p> <p>Historia de reacciones en el pre escolar y otras</p> <p>Bullying en pre escolar</p> <p>Maltrato en pre escolar</p>	Anamnesis	infancia
Experiencias de privación materna temprana	<p>Ausencias prolongadas de la madre durante la infancia, después del primer año de vida</p> <p>Psicopatología en el cuidador durante</p>	Entrevista semidirigida a los padres	Diseño y validación de inventario breve de experiencias de privación materna

	la infancia, después del primer año de vida		
Impaciencia, irritabilidad, regañonería materna	Gritos frecuentes  Llamadas de atención desproporcionadas  Madre que se identifica como nerviosa  Quejas del niño y otros significativos sobre actitud irritable de la madre	Dibujo de la familia	Diseño y validación de escala de regañonería
Inconsistencia en la negativa de solicitudes del hijo	Falta de firmeza al mantener una respuesta negativa  Cambios de opinión bruscos respecto de medidas disciplinarias	Entrevista semidirigida con padres	Operacionalización del concepto inconsistencia  Diseño y validación de escala de auto y co evaluación de consistencia entre padres



	Desautorización entre progenitores		
Amenazas de dejar de amar o de abandonar	Contenido de los temores específicos del niño	Entrevista semidirigida con niño y padres  Pruebas proyectivas	---
Que el niño presencia discusiones con contenido de separación	----	Entrevista semidirigida  Dibujo de la familia	----
Inversión de roles en las demandas de cuidado	Demandas afectivas, manipulación emocional  Quejas sobre actitudes sobreprotectoras  Historia de uno de los progenitores sobre	Entrevista semidirigida con la familia	Satisfacción de los padres de niños con TAS, respecto de sus propias relaciones de apego infantiles

	disconformidad con las propias relaciones de apego en la infancia		
Personalidad pseudofóbica	<p>Niños tímidos, temerosos.</p> <p>Niños 'sensibles', con historia de depresión o ansiedad previa</p> <p>Historia de trastornos psicosomáticos</p> <p>Historia de temor a estar solo</p> <p>Padres con una relación muy estrecha y hasta sofocante con sus hijos</p>	<p>Observación de patrones comunicacionales</p> <p>Entrevista semidirigida</p>	<p>Operacionalización del concepto personalidad fóbica</p> <p>Correlación del concepto Personalidad pseudofóbica con el constructo Neuroticismo alto- Extraversión baja</p>

<p>Reacción de contexto escolar al trastorno</p>	<p>Atribuciones de los profesores</p> <p>Manera de resolver la crisis de ansiedad en la escuela.</p> <p>Promoción de relaciones de amistad por parte de los profesores.</p> <p>Reacción de los compañeros de curso.</p> <p>Grado de interacción de los padres con la escuela</p>	<p>Entrevista con los profesores</p> <p>Observación</p>	<p>Atribuciones de los maestros a la conducta de los niños con TAS</p>
--	--	---	--

## **4.2. PROPUESTA DE ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS INTEGRATIVAS PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN LA EDAD ESCOLAR**

A continuación se desarrollan una serie de estrategias psicoterapéuticas para el abordaje del trastorno de ansiedad por separación en la edad escolar, cada estrategia tiene técnicas recomendadas y objetivos correspondientes a cada momento. La lógica según la que se presentan tiene un sentido de tiempos, a saber:

- Estrategias a corto plazo (Durante las dos primeras semanas)
- Estrategias a mediano plazo (Desde el final de la segunda semana hasta segundo mes de atención)
- Estrategias a largo plazo y de seguimiento. (Desde el final del segundo mes en adelante)

### **4.1.2. Estrategias a corto plazo (Durante las dos primeras semanas)**

Objetivos:

- Establecer un vínculo de trabajo seguro con el niño y su respectiva familia.
- Psicoeducar y establecer acuerdos de trabajo terapéutica con el personal de la escuela.
- Aplicar técnicas de conductuales de habituación y desensibilización.
- Evaluar pertinencia de fármacos en caso de no obtener buenos resultados con la aplicación de técnicas conductuales

Técnicas sugeridas

- Juego estructurado y no estructurado en el gabinete.

- Técnicas lúdicas de relajación.
- Psicoeducación a los padres sobre manejo de firmeza emocional al momento de llevar al niño a la escuela.
- Psicoeducación al personal de la escuela
- Escenificaciones emotivas, práctica cognitiva guiada, identificar gustos, personajes a actuar (elaboración del libretos de juego).
- Entrenamiento en autodiálogos de valentía y afrontamiento.
- Establecimiento de acuerdos con la escuela, permiso para que el niño asista a la escuela en horarios libres durante la primera semana de trabajo, bajo la compañía del terapeuta, incluso sin el uniforme si es necesario. El terapeuta deberá esperar al niño a la entrada de la escuela, si es posible junto con el personal de regencia o un profesor.
- Modelado de conductas de afrontamiento previo y simultáneo a la práctica de las escenificaciones emotivas.
- Práctica en vivo de escenificaciones emotivas. De manera graduada hasta lograr que el niño se quede en la escuela hasta terminar el horario.
- Programa de reforzamiento a través de economía de fichas y halagos en casa.
- En caso de no obtener resultados positivos con las técnicas previamente descritas, evaluar la pertinencia del uso de con ISRS, y si el caso lo amerita combinar con benzodicepinas, en situaciones de desencadenamiento de crisis de angustia intensas.

#### 4.2.2. Estrategias a mediano plazo (Desde el final de la segunda semana hasta segundo mes de atención)

##### Objetivos

- Consolidar logros de etapas anteriores.
- Desarrollar los sentimientos de autoeficacia del niño.
- Elaborar significados del miedo y la ansiedad.
- Modificar patrones de comunicación familiares inapropiados.
- Identificar y abordar temáticas emergentes respecto del ámbito familiar si es que se dieran.
- Planificar seguimiento terapéutico.

##### Técnicas sugeridas

- Análisis funcional y de contingencias sobre manejo de contingencias para padres.
- Psicoeducación y entrenamiento en técnicas de autocontrol emocional para padres (si es pertinente).
- Psicoeducación importancia de la administración de tiempo libre para la familia y actividades que fomenten la independencia del niño.
- Elaboración de historias personales sobre figuras de apego de los padres, si es necesario recomendar atención psicoterapéutica.
- Aplicación de técnicas de descatastrofización: Automonitoreo de diálogos cognitivos: *El jardín de flores de pensamiento, Los bocadillos de pensamientos*
- Educación en afectiva: automonitorización, predicción de ansiedad. Tanto para el niño como para sus padres.
- Predicción de la ansiedad.
- Aplicación de técnicas de habituación bajo el formato de escenificaciones emotivas en otros contextos que provoquen ansiedad al niño.

- Entrenamiento en autoinstrucciones de afrontamiento.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Prevención de recaídas, filmar un comercial sobre como vencer al miedo.

#### **4.2.3. Estrategias a largo plazo y de seguimiento. (Desde el final del segundo mes en adelante)**

Objetivos:

- Re significar experiencia con el niño y los padres.
- Revisar los objetivos de manejo del tiempo libre con el niño y los padres.
- Prevenir recaídas.
- Replantear problemáticas que causen ansiedad el niño.
- Cerrar el proceso con la posibilidad de volverse a encontrar si es necesario.

Técnicas sugeridas

- Elaboración de proceso desde la línea del tiempo.
- Análisis funcional con los padres sobre tiempo de familia y tiempo de ocio para el niño.
- Elaboración de tarjetas de recordatorio de autocuidado psicológico con los padres.
- Análisis del comercial de cómo vencer al miedo y nuevos aprendizajes.
- Reconocimiento de la intensidad de las emociones, termómetro de las emociones.

# CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES V

---

## 5.1. CONCLUSIONES

### 5.1.1. Sobre la investigación teórica

- El proceso de investigación teórica se dificultó debido al poco acceso bibliográfico en literatura especializada que se tiene en el medio sucense, sin embargo los resultados aún con esta limitación se consideran aceptables, puesto que se logró realizar una integración de teorías sobre los cuatro paradigmas que se plantearon en el objetivo.
- Se pudieron confrontar ideas propias del autor con hipótesis establecidas previamente por teóricos de los diferentes paradigmas y de esta manera poner a prueba el discernimiento de conceptos provenientes de teorías con respaldo científico, y lamentablemente el autor pudo encontrar que si bien existe un número muy alto de teorías en psicología, pocas gozan de respaldo científico e investigativo.
- Se hallaron interesantes formulaciones teóricas entre el TAS en la infancia y trastornos correlacionados en la vida adulta, ataques de angustia y trastorno de ansiedad generalizada, lo cual da cuenta de la importancia de la dimensión cronológica en la psicopatología y de la evolutividad psicopatológica.



### 5.1.2. Sobre el proceso de integración y la decantación

- Se pudieron observar durante el proceso de integración los puntos de contacto entre los paradigmas analizados. Un especial énfasis merece el punto referido a la diferenciación entre un trastorno de ansiedad caracterológico o temperamental y otro de tipo situacional específico, el cual plantea una importante diferenciación en el manejo terapéutico.
- Un aspecto que llamó la atención del investigador es la ausencia de datos empíricos sobre la influencia de la dieta, el sueño y el ejercicio en el Trastorno de Ansiedad por Separación, en el paradigma biológico, probablemente este factor pueda atribuirse a que la mayor parte de los recursos financieros de investigación provienen de laboratorios farmacológicos, sin embargo esta carencia de información debería ser subsanada.
- Una de los aportes propios de esta investigación teórica es el planteamiento del desarrollo cognitivo como un factor de influencia en el TAS, ello especialmente a la hora de seleccionar el tipo de abordaje terapéutico, este aspecto le da la connotación de desarrollo a esta investigación y permite comprender en un contexto cronológico las diferencias en la concepción teórica del niño así como su respectivo manejo psicoterapéutico.
- Si bien el paradigma ambiental conductual es uno de los más respaldados en cuanto a técnicas de intervención, y de hecho probablemente el abordaje para el TAS tenía siempre mejores resultados si se da énfasis a lo ambiental conductual, desde el punto de vista teórico es uno de los menos enriquecidos, lo cual puede significar que aun cuando las explicaciones sean simples, las soluciones sencillas pueden ser las más efectivas, aunque no necesariamente en todos los casos.

- Por otro lado el paradigma sistémico abordado desde la teoría del apego, brinda explicaciones de sistemas complejos de relaciones, sin embargo y por la misma razón la investigación se hace menos factible y más orientada al análisis de casos. La investigación transgeneracional plantea un desafío metodológico.

### **5.1.3. Sobre la propuesta de lineamientos de evaluación y estrategias terapéuticas**

- La propuesta que emerge como uno de los resultados de la investigación se considera un aporte específico para empezar a desarrollar protocolos integrativos de atención según la sospecha de un diagnóstico, y en este caso específicamente contextualizada al contexto de la edad escolar y especialmente orientada a los psicólogos clínicos que operan en espacios educativos.
- Por otro lado se considera necesario que de los lineamientos metodológicos para la evaluación del TAS, emerjan propuestas de investigación puesto que si el diagnóstico sirve solo para la atención y no enriquece el saber científico, está cumpliendo con solo la mitad de su tarea.
- Respecto al paradigma biológico, se pudo observar que los instrumentos y técnicas que actualmente se tienen pueden brindar información cualitativa interesante pero hacen falta maneras más cuantificables de evaluar el temperamento infantil.
- Por otro lado mucha de la información que se puede extraer de manera directa de los padres sobre aspectos biológicos suele ser poco confiable, puesto que se trata de personas que no son especialistas brindando

información especializada de memoria, por lo que el ambiente clínico hospitalario sería el mejor lugar para realizar una evaluación completa de los antecedentes biológicos. Por esta razón si bien los psicólogos que trabajan en contextos educativos deben tomar en cuenta la evaluación directa del paradigma biológico, deben tomar con cuidado los reportes brindados exclusivamente por los padres o tutores del niño, y si tienen la oportunidad buscar informarse de fuentes mucho más confiables, o si es necesario hacer interconsultas.

- Probablemente la principal novedad que se pueda apreciar en el paradigma cognitivo sea la propuesta de especificar el estadio de desarrollo intelectual en términos piagetianos para en base a este criterio planificar el tipo de intervención más pertinente para el niño, sin embargo eso confronta al especialista en psicología con otro problema, a saber la carencia de instrumentos específicos para evaluar dicha característica de desarrollo en términos diferentes al CI.
- Por otro lado se debe reflexionar si el pensamiento catastrófico reverberante es un constructo teórico del todo aplicable a niños, puesto que en función de la anterior característica descrita puede considerarse simplemente un efecto del desarrollo, sin embargo también cabe analizar el porqué del hecho de que estas formas inmaduras de pensamiento persisten hasta la vida adulta, y el rol que tiene el paradigma afectivo como agente de influencia en este sentido.
- En relación al paradigma conductual, se debe considerar el gran aporte que se ha desarrollado al especificar los diversos tipos de miedos que se pueden tener a lo largo del desarrollo, sin embargo sería muy conveniente en términos de análisis de la etiología contar con instrumentos que permitan evaluar de manera sistemática los estresores psicosociales a los cuales se enfrentan los niños habitualmente.

- La teoría del apego plantea un puente entre el TAS y el apego inseguro, constituyéndose este último en factor de riesgo para el primero, así mismo las complejas relaciones circulares que existen entre el hijo y sus figuras de apego deben ser estudiadas de manera más cuidadosa.

## **5.2. RECOMENDACIONES**

### **5.2.1. Para el psicodiagnóstico integrativo del TAS**

- Dados los resultados de la integración teórica se recomienda que en el lenguaje integrativo se pueda realizar la distinción o sub especificación de la categoría diagnóstica Trastorno de Ansiedad Por Separación, a saber:
  - o Sub tipo caraterológico temperamental.
  - o Sub tipo fóbico situacional.

Puesto que dicha diferenciación afecta no solo cuestiones técnicas de manejo del TAS sino incluso las perspectivas sobre el pronóstico del paciente.

- Se recomienda que el FECI I, incluya en la sección dirigida a la madre y al padre por separado la evaluación de la personalidad a través del cuestionario EPQ, para establecer criterios de antecedentes temperamentales ansiosos.

### **5.2.2. Para el abordaje integrativo**

Si se observa el esquema de las estrategias psicoterapéuticas de la propuesta se puede ver la secuencia que a continuación se pone a consideración a manera de recomendaciones para el abordaje integrativo del TAS:

- Es altamente recomendable comenzar con técnicas de intervención ambiental conductuales de habituación, puesto que han demostrado ser las más efectivas y eficaces en el tratamiento de los trastornos por ansiedad en general.
- El tratamiento psicofarmacológico del TAS no es la primera línea de elección, sin embargo si la sintomatología persiste durante más de un mes bajo tratamiento con técnicas conductuales, se debería considerar su implementación.
- En un segundo momento se puede considerar aplicar las técnicas cognitivas de descatastrofización, las cuales solo son útiles cuando se ha comprobado que el nivel de desarrollo cognitivo del niño le permite realizar un análisis más o menos aceptable de las premisas lógicas implicadas, caso contrario se procede simplemente a la educación afectiva y diálogos de valentía y afrontamiento.
- Se debe hacer énfasis en establecer un vínculo de apego seguro con el niño durante todo el proceso, comenzando con un acompañamiento y participación activa de terapeuta que luego, a medida que el niño vaya ganando seguridad, se convertirá en un acompañamiento de observación y seguimiento, fomentando la independencia en el comportamiento del niño.
- La participación de los padres será menos importante durante los primeros momentos del tratamiento, en los cuales se concentrará la tarea del terapeuta en vencer la sintomatología aguda de ansiedades situacionales del niño, sin embargo a medida que el niño va ganando independencia, se debe incluir más a los padres en los procesos

psicoeducativos, de entrenamiento en habilidades de control emocional (tanto para sí mismos como para su hijo) y de elaboración de su propia relación de apego.

- El seguimiento a largo plazo y la prevención de recaídas se constituye en el proceso de cierre del proceso, sin embargo se debe apuntar a que el niño entienda que el proceso tiene un principio y un final, para ello es conveniente preparar pequeñas actividades de despedida.

### **5.2.3. Para la investigación en el Enfoque Integrativo Supraparadigmatico**

- Un terreno fértil para la investigación en el paradigma biológico lo ofrece el espacio en poco explorado sobre la influencia de la dieta, el sueño y el ejercicio en el trastorno de Ansiedad por Separación, por lo que se recomienda enfocar investigación de pregrado a este tema, que por su especificidad.
- Es altamente recomendable el desarrollo de líneas de investigación transgeneracional para probar la hipótesis sistémica de que algunos de los padres de niños con Trastorno de Ansiedad por Separación suelen tener carencias afectivas en sus propias historias de relaciones de apego infantiles.
- Una línea de investigación muy interesante es la que corresponde al desarrollo de una versión infantil del cuestionario de personalidad EPQ de Eysenck o bien a una escala de realización de los padres para identificar las características de temperamento de sus hijos, la cual podría incluirse, luego de ser validada en el FECL I.

## BIBLIOGRAFÍA

Ajuriaguerra J., MANUAL DE PSIQUIATRÍA INFANTIL (Cuarta edición), Ed. Masson, España, 2007

Aláez, Martínez y Rodríguez, PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS EN , NIÑOS Y ADOLESCENTES, SU RELACIÓN CON LA EDAD Y EL GÉNERO, Revista Psicothema, vol 12, nº 4, pp. 525-532 2000

Arettio, Müller y Mateluna; CLÍNICA INFANTO-JUVENI, HERRAMIENTAS PARA EL PSICODIAGNÓSTICO Y NOCIONES DE PSICOTERAPIA; Ed. Textos de docencia universitaria, Chile, 2003.

Barajas C., De la Morena M. L., Jesús M., González A.; PERSPECTIVAS SOBRE EL DESARROLLO PSICOLÓGICO: TEORÍA Y PRÁCTICA. Ed. Pirámide, Madrid – España, 1997

Bowlby J.; LA SEPARACIÓN AFECTIVA; Ed. Paidós; Barcelona – España; 1985.

Bunge E.; Gomar M.; Mandil J.; TERAPIA COGNITIVA CON NIÑOS Y ADOLESCENTES, APORTES TÉCNICOS; Ed. Akadia, Buenos Aires – Argentina, 2008

Cárdenas E. M., Feria M., Palacios L., Peña F.; GUÍA CLÍNICA PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES; Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón De la Fuente; México; 2012

Cia A.; LA ANSIEDAD Y SUS TRASTORNOS MANUAL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO; Ed. Polemos, Buenos Aires – Argentina, 2002

Feuchtmann C. ; PSICOTERAPIA INTEGRATIVA Y TRASTORNOS DE PÁNICO; Maestría en psicología clínica Integrativa, Universidad Andina Simón Bolívar; Sucre-Bolivia, 2011.

Gold A. TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN NIÑOS. ARCH. Pediatr. Urug. [online]. 2006, vol.77, n.1, pp. 34-38. ISSN 0004-0584.

APA , MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES CUARTA VERSIÓN TEXTO REVIASADO (DSM IV TR), Ed. Masson, Barcelona-España, 2001

Ochando G., Peris S.P.; LA ANSIEDAD EN LA EDAD PEDÍATRICA; PEDIATRÍA INTEGRAL, PROGRAMA DE FORMACIÓN CONTINUADA EN PEDIATRÍA EXTRAHOSPITALARIA; Ed. Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), España; Volumen XII Número 9 Noviembre, 2008

Opazo R.; PSICOTERAPIA INTEGRATIVA DELIMITACIÓN CLÍNICA; Ed. ICPSI, Santiago-Chile, 2001



Papalia D.; Wendkos S., Duskin R.; DESARROLLO HUMANO, Ed. McGraw-Hill, Mexico, 2008

Ruiz Sancho AM, Lago Pita B.; TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280.

Siquier de Ocampo, Garcia y Grassano; LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS Y EL PROCESO PSICODIAGNÓSTICO, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires 1988

Soutullo C. Mardomingo M. J.; MANUAL DE PSIQUIATRÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE; Ed. Médica Panamericana; Madrid-España; 2010

Stein D. y Hollander E.; TRATADO DE LOS TRASTORNOS DE ANGUSTIA; Ed. Lexus; Barcelona-España; 2010.

Watzlawick P., Helmick J., Jackson D.; TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA; Ed. Herder; Barcelona – España, 1985