

UNIVERSIDAD DEL AREA ANDINA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

VALLEDUPAR-CESAR

Diciembre, 2019

LA INTERVENCIÓN COGNITIVA CONDUCTUAL APLICADA AL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN LA INFANCIA

Cognitive behavioral intervention applied to the diy of iness for separation in children

Marbel Vanegas *

Psicólogo en formación, Universidad del Área Andina.

Marbel.vanegas.17@gmail.com

Resumen

Los trastornos de ansiedad en el infante han incrementado su tasa de aparición en la actualidad, por lo cual es absolutamente necesario conocer su etiopatogenia, desarrollo, curso, síntomas y manifestaciones somáticas en el niño, específicamente del trastorno de ansiedad por separación en la infancia (TASI) el cual es el tema que respecta a este artículo de reflexión.

Primeramente resulta trascendental marcar una diferencia entre ansiedad normal y patológica, haciendo énfasis en la forma como la primera puede volverse incapacitante y desadaptativa

hasta el punto de afectar la vida del individuo minando sus relaciones sociales, académicas e incluso su propia autoestima.

En el transcurso de estas páginas se da a conocer el resultado de un proceso reflexivo y analítico donde se confrontan teorías e hipótesis alrededor del Enfoque Cognitivo Conductual, sus aristas, sus ventajas y limitaciones pero sobre todo el nivel de eficacia demostrado por la comunidad científica ante el TASI, de igual manera se dan a conocer técnicas utilizadas ante casos de niños con este trastorno.

En este orden de ideas el objetivo principal de este artículo radica en argumentar y demostrar porque hoy por hoy el enfoque objeto de estudio se ha posicionado como el más efectivo en procesos de intervención ante el TASI, permitiendo así lograr que el niño se desenvuelva de manera adaptativa sin sus figuras de apego principales en sus escenarios más próximos hasta en los más lejanos, y devolviéndole la sensación de seguridad y de control

Palabras clave

Ansiedad en niños, Psicoterapia, Trastorno de Ansiedad por Separación en la Infancia (TASI), Intervención Cognitiva Conductual.

Abstract

Anxiety disorders in infants have increased their onset rate today, so it is absolutely necessary to know their etiopathogenesis, development, course, symptoms and somatic manifestations in the child, specifically the disorder childhood separation anxiety (TASI) which is the subject of this reflection article.

First of all it is momentous to make a difference between normal and pathological anxiety, emphasizing how the former can become disabling and disadaptive to the point of affecting the

perdida cuando experimenta creencias irracionales como es el caso del abandono si uno de sus padres no está cerca. Incluso como sugerencia principal, en aras de seguir construyendo y nutriendo la disciplina, se brindan recomendaciones futuras para los profesionales de este campo con el fin de dinamizar los procesos de intervención con niños y adolescentes bajo este enfoque

individual's life by undermining their social relationships, academics and even their own self-esteem.

In the course of these pages the result of a reflective and analytical process where theories and hypotheses are confronted around the Cognitive Behavioral Approach, its edges, its advantages and limitations but above all the level of effectiveness demonstrated by the scientific community before TASI, techniques used in cases of children with this disorder are also disclosed.

In this order of ideas the main objective of this article lies in arguing and demonstrating because today the approach under study has positioned itself as the most effective in TASI intervention processes, thus allowing the child to develop adaptively without his main attachment figures in his nearest scenarios to the farthest ones, and giving him back the sense of security and control lost when he

Keywords

Anxiety in Children, Psychotherapy. Childhood Separation Anxiety Disorder (TASI), Cognitive Behavioral Intervention.

Introducción

Rivera (2018) manifiesta que para hablar de la intervención cognitiva conductual aplicada al trastorno de ansiedad por separación en la infancia (TASI), es necesario primero explicar detalladamente en qué consiste dicho trastorno, su sintomatología y su proceso de diagnóstico; señalando cuando es necesario realizar un plan de intervención psicoterapéutico ajustado a las necesidades del individuo y cuando se pueden presentar comportamientos que denoten ansiedad y temor en el infante pero que son catalogados

experiences irrational beliefs as is the case of abandonment if one of his parents is not Near. Even as a main suggestion, in order to continue building and nurturing discipline, future recommendations are provided for professionals in this field in order to streamline intervention processes under this approach with children and adolescents.

circunstanciales y pueden desaparecer con el paso del tiempo.

A modo de reflexión se hará un breve recorrido por la historia del enfoque cognitivo conductual, sus bondades y limitaciones así como también se exponen las diferentes técnicas y estrategias utilizadas por la Teoría Cognitiva Conductual (TCC) para trabajar e intervenir específicamente en los casos de Trastorno de Ansiedad por Separación.

Reyes (s.f) argumenta que: “En términos generales, se puede decir que

la ansiedad “normal” es menos acentuada, más ligera y no implica una reducción de la libertad personal. Por el contrario, la ansiedad patológica, elemento nuclear de los trastornos de ansiedad, es desproporcionada con las situaciones o se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible”. (p.16).

Es decir este tipo de ansiedad desadaptativa es de tipo fisiológica o corporal. Compromete el funcionamiento del individuo provocando un déficit funcional y un malestar que impulsa frecuentemente al sujeto a pedir ayuda médica, de ahí la imperiosa necesidad de conocer y distinguir cuando estamos hablando de ansiedad y temores normales en la infancia y cuando no, ya que el éxito de la intervención depende en gran medida del diagnóstico temprano; de no ser así se empezarán a verse constreñidas las diversas esferas de la vida del niño entre ellas la escolar, la familiar, la interpersonal, ya que al considerarse como apego o “pechiche” ,como se denota en el lenguaje coloquial, muchas veces es pasado desapercibido hasta que este trastorno empieza a limitar y afectar el comportamiento social del infante.

En situaciones en que se produce o se anticipa la separación respecto de las

figuras de apego el niño muestra ansiedad, tanto somática (palpitaciones, rubefacción, inquietud, mareos, etc.) como psíquica (miedo a accidentes, enfermedades o sucesos funestos para él o para la figura de apego que pudieran convertir la separación en definitiva).

Para establecer el diagnóstico se debe tener claro que la ansiedad debe ser inapropiada para la etapa del ciclo vital en la que se encuentra y debe tener una duración continua de al menos 4 semanas, llega a condicionar al individuo a nivel de relaciones sociales, se limita en su aprendizaje social e incluso en su parte académica ya que llega un momento en que el niño exhibe una actitud negativa de ir a la escuela lo cual se refleja en ausencias prolongadas.

Todo lo anterior se cronifica a la hora del paciente sentirse inseguro de aquello que puede hacer, en el caso de los niños muy pequeños suele manifestarse de manera más aparatosa presentándose muchas veces tristeza, aislamiento, e incluso problemas a la hora de concentrarse en sus actividades diarias; en el caso de el adolescente el principal síntoma es la negativa a salir de casa por separarse de sus padres lo cual conduce a la limitación de su vida social.

La importancia de la detección y tratamiento del TASI radica en su mal pronóstico dejado a su evolución natural sin tratamiento. El trastorno tiende a cronificarse durante varios años, con periodos de exacerbación y de mejoría según la presencia de cambios ambientales o en su desarrollo.

En 2016 la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil (AEPI) planteó que “se calcula que un 30-60% de casos siguen presentando problemas adaptativos, trastornos depresivos y ansiosos (sobre todo fóbicos) y dificultades sociales en la edad adulta. En cambio, con tratamiento psicológico pueden mejorar hasta el 95% de los casos en menores de 10 años, aunque la cifra se reduce en niños mayores, probablemente por tener una evolución más larga)” (p.58).

Además en cuanto a factores predisponentes la AEPI también argumenta que “El riesgo de TASI aumenta en presencia de estresores como cambios de escuela o vecindario, muerte o enfermedad de un miembro de la familia, desastres naturales o delitos terroristas vividos de cerca, etc” (p.58), lo cual lo complementa manifestando que los niños con retraso mental o problemas de aprendizaje se encuentran en alto riesgo de padecerlo, ya que se

sienten menos capaces que sus iguales lo cual incrementa sus inseguridades, necesitando la mayor parte del tiempo la seguridad y el apoyo que le brindan sus figuras de apego.

La razón por la que se escogió el enfoque cognitivo-conductual fue debido a su alto nivel de eficacia, sobre la cual se reflexionará en las siguientes páginas, en los distintos casos de trastornos de ansiedad por separación en el infante. Por ende, realizar una reflexión sobre el proceso de intervención cognitivo-conductual de la ansiedad por separación en la infancia es el principal objetivo de este artículo, así como también dar a conocer las diferentes concepciones sociales o teóricas que existen en torno al tópico objeto de reflexión.

Reflexión

Ansiedad normal vs patológica

En la práctica distinguir entre normal y patológico es particularmente complicado en el caso de los trastornos de ansiedad, debido a que ésta tiene funciones evolutivas y adaptativas. En el caso de los niños Klein 2002 citado por Ruiz (2005) argumenta que: Una regla de oro que nos 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.

Los trastornos de ansiedad constituyen un importante capítulo de la psiquiatría del niño y del adolescente, y la ansiedad como síntoma forma parte de un buen número de cuadros clínicos de la infancia. En este orden de ideas Ruiz (2005) expresa que: A la dificultad para distinguir entre ansiedad normal y patológica propia de la psiquiatría general se añaden, en el caso del niño, las variaciones en función de la edad. Es necesario resaltar que las respuestas de ansiedad y determinados miedos son normales en el niño pequeño y tienden a desaparecer con la edad; de igual modo, la ansiedad ante situaciones sociales es típica de la adolescencia” (p.273)

Como lo afirma Rodríguez y Ajoy (2010) “aproximadamente del 9 al 15% de niños entre 7 a 11 años en consultas de Atención Primaria reúnen criterios para trastornos de ansiedad”. Con todo lo anterior una vez más se refuerza la necesidad de empezar a tener claridad sobre los criterios diagnósticos y

posibles formas de intervención eficaces.

Es de imperiosa necesidad hacer claridad entonces, que la ansiedad forma parte de numerosos cuadros clínicos en la infancia y adolescencia y solo

Se considera ansiedad patológica a la reacción excesiva ante un estímulo percibido como amenazante, con sensación de malestar intenso, síntomas neurovegetativos, cognitivos, somáticos y a largo plazo, daños en el desarrollo de la autoestima, del funcionamiento interpersonal y en la adaptación social. (Ochando y Peris, 2017, p.39)

Por todo lo anterior se dice entonces que la psicoterapia ha demostrado un alto grado de efectividad en casos de ansiedad patológica teniendo un alto grado de impacto en la esfera social y familiar del infante

Trastorno de ansiedad por separación en la infancia

Según la clasificación del DSM V, los trastornos de ansiedad en la infancia, incluyen: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad social y trastorno de ansiedad generalizada, el

que nos compete en este artículo es el de ansiedad por separación cuyos criterios diagnósticos según el manual referenciado, se explicarán a continuación.

La ansiedad que presentan los niños al separarse de su cuidador habitual es normal a partir de los 4-5 meses de edad, y va disminuyendo a partir de los 3 hasta los 5 años en que entienden que la separación no es para siempre.

Deben presentar, al menos, tres de los siguientes síntomas

- Malestar excesivo y recurrente al separarse de los padres.
- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de figuras de apego o que sean víctimas de accidentes, enfermedades o catástrofes.
- Preocupación excesiva ante la posibilidad de que un acontecimiento (ser raptado, perderse, enfermar...) cause la separación de una figura de apego.
- Rechazo o resistencia a salir lejos de casa, visitar amigos o ir al colegio.

- Rechazo a quedarse solo en casa durante el día o a dormir solo o dormir fuera de casa.

- Pesadillas sobre el tema de la separación.

- Síntomas somáticos acompañantes (náuseas, abdominalgias, cefaleas, palpitaciones, vértigos, lipotimias o vómitos) en situaciones que implican una separación de la figura de apego.

Al hablar de comorbilidad se tiene lo siguiente

Suele asociarse a otros trastornos de ansiedad o derivar a otros trastornos psiquiátricos en la evolución. Se consideran factores de mal pronóstico el inicio más tardío, la psicopatología familiar, el absentismo escolar de más de un año y la asociación a otros trastornos psiquiátricos o comorbilidad. (Ochando y Peris, 2017, p.41).

El proceso de identificación y limitación de los trastornos de ansiedad en la infancia resulta ser en ocasiones una tarea bastante ardua debido a que en un principio el paciente va a referir quejas somáticas (neurológicos,

gastrointestinales y/o cardiovasculares), sumado a esto la poca expresividad del niño e incluso la alexitimia dificultará la valoración inicial de los síntomas en cuanto a los cuadros ansiosos por lo que siempre se recomienda tener en cuenta la ansiedad como motivo subyacente de las quejas físicas en Atención Primaria. De hecho, Ruiz (2005) manifiesta que “los niños raramente describen su malestar como ansiedad directamente. Cuanto más pequeño es el niño, más limitada es su capacidad para simbolizar sus estados subjetivos y expresarlos verbalmente”. (p.274).

A la hora de enfocar el diagnóstico surge la alta tasa de comorbilidad en el mismo individuo e incluso de varios trastornos psiquiátricos ya sea depresión, TDAH, trastornos psicóticos, e incluso trastornos de personalidad.

De igual manera en el estudio de Rodríguez y Ajoy (2010) se encontró que “Es frecuente que coexistan el trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo y, si se cumplen criterios para ambos trastornos, hay que diagnosticar los dos trastornos”. (p.4).

A la hora de hablar de instrumentos diagnósticos se encuentra que Mardomingo (1994) plantea “Uno de

los más utilizados es el cuestionario STAIC (State-Trait Anxiety Inventory for Children) o cuestionario de ansiedad estado-rasgo para niños, que evalúa la ansiedad en el momento actual y la predisposición del sujeto a la ansiedad respectivamente”. (p. 290). De igual manera es importante reflexionar sobre las causas de este trastorno en la infancia las cuales Ruiz (2005) las clasifica en:

Factores genéticos y constitucionales:

Schott (2005) manifiesta que: aunque parece que los trastornos de ansiedad se agrupan en determinadas familias, aún no se ha establecido si la transmisión es genética o determinada por la crianza, a continuación se exponen los diversos factores que menciona el autor:

Temperamento: 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

Estilos parentales: la sobre-protección que, en ocasiones, es debida a las propias ansiedades parentales, tales como ansiedad de separación, viene a contribuir a la génesis en el niño de un sentido de sí mismo como alguien indefenso, que está en peligro y

desprovisto de los recursos personales para protegerse, defenderse ni sobreponerse a las situaciones difíciles.

Los ambientes sociales desfavorables (grandes adversidades, económicas o condiciones de vida, etc.) generan un clima de inseguridad crónica que puede contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad

Acontecimientos vitales estresantes:

A este respecto Schott (2005) plantea que algunos miedos pueden ser iniciados por algún acontecimiento inusualmente aterrador (la experiencia de una tormenta). Además, la elaboración cognitiva (explicación) que de una experiencia atemorizante haga el niño influirá en que éste pueda desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro.

Un punto importante en todo este recorrido sería hacer hincapié en el rendimiento académico de niños que sufren algún tipo de ansiedad Broatch (2007), afirma que, a los estudiantes con rasgos de ansiedad les cuesta relacionarse con los demás niños, les dificulta expresar su opinión, generalmente se les conoce como niños retraídos, sensibles y poco cumplidores de las tareas educativas. Por ejemplo, son los estudiantes que en la escuela

mantienen una conducta de poca sociabilidad y en ocasiones prefieren estar solos. La conducta ansiosa les impide el desenvolvimiento pleno en las actividades escolares. Cada día se escucha a los docentes quejarse de que es difícil tratar a este tipo de alumnos ya que no responden con lo esperado como lo harían los demás niños.

En concordancia con lo anterior Bados (2005) manifiesta que “en efecto, el rechazo escolar es un problema complejo que puede tener diversas causas miedo a separarse de los padres (posible diagnóstico de TAS)”. (p.14).

Algunos factores predisponentes al rechazo escolar pueden ser la existencia de trastornos de ansiedad (especialmente agorafobia) o de depresión en los padres, los cuales dificultan el aprendizaje de estrategias de afrontamiento por parte del niño; el provenir de familias pequeñas y muy unidas en las que los niños mantienen relaciones muy estrechas o dependientes con sus padres; la sobreprotección por parte de los padres; la existencia de inhibición conductual ante los desconocidos y/o ansiedad por separación en el niño; y la presencia de ansiedad o temor moderado en situaciones escolares específicas. Es decir, hay un nexo bastante estrecho e

interesante de estudiar en investigaciones futura entre el TASI y la posterior aparición del rechazo o más conocido como fobia escolar.

Intervención cognitiva conductual y su aplicabilidad en el TASI

Becoña y Cortés citado por Rivera (2018) sostienen que las terapias cognitivo-conductuales integran los principios de las teorías del comportamiento, del aprendizaje social y de la terapia cognitiva, con el fin de brindar una mejor comprensión para tratar los problemas y se centran fundamentalmente en la adquisición de habilidades para potenciar el control personal que el paciente tiene sobre sí mismo. La intervención se fundamenta en guiar a la persona para que aprenda a evaluar sus ideas o creencias y las contraste con la realidad.

Las características esenciales de la terapia cognitivo conductual en el tratamiento son: “centrarse en el abordaje de los problemas actuales, establecer metas realistas y consensuadas con el paciente, buscar resultados rápidos para los problemas más urgentes utilizar técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad del paciente para manejar

sus propios problemas. (Rivera 2018, p.70).

Al hablar de las numerosas intervenciones psicoterapéuticas se tiene que

Existen numerosos tipos de intervenciones para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Éstas suelen incluir tanto intervenciones psicosociales como psicofarmacológicas. En la mayoría de los casos se propone proceder secuencialmente con intervenciones de carácter psicosocial y recurrir a la medicación sólo en aquellos casos más graves en los que el tratamiento psicoterapéutico se muestra insuficiente. (Ruiz, 2005, p. 275)

Estas deben incluir

1. Actividades destinadas a disminuir todas las situaciones estresantes que se hubiesen identificado en el proceso de evaluación (disfunción familiar u otro tipo de situación de desventaja social). Aunque estas intervenciones en ocasiones no son suficientes, merecen ser tenidas en cuenta y puestas en práctica, pues, en caso de no hacerlo, el pronóstico del trastorno será más sombrío.
2. Mejorar la comunicación, tanto individual como de los miembros de la familia entre sí; fomentar la expresión de

sentimientos y la comunicación de estados afectivos de una forma modulada.

3. Métodos cognitivo-conductuales (los que nos competen en esta reflexión)

4. Métodos físicos de tratamiento, medicación

Evaluación

ENTREVISTA

La entrevista debe explorar los aspectos acostumbrados: características del problema; variables controladoras del mismo (incluido el posible estado psicopatológico de los padres); historia del problema; tratamientos previos y actuales; motivación, expectativas y objetivos del sujeto; recursos y limitaciones del sujeto; otros problemas que pueda presentar el sujeto.

CUESTIONARIOS

Sandin (1997) propone el Inventario de Síntomas de la Ansiedad por Separación consta de 15 ítems puntuados de 0 a 3 con el que se pretende evaluar en personas adultas el grado de ansiedad por separación antes de los 18 años. Si se reformulan los ítems, puede emplearse como una medida de ansiedad por separación según el niño (si este no es muy pequeño) y según sus

padres, aunque se carece de datos de fiabilidad y validez de estas reformulaciones. Por otra parte, dada la frecuencia del rechazo escolar entre los niños con TAS, también pueden emplearse como medidas complementarias la Escala de Evaluación del Rechazo Escolar.

King, Ollendick y Tonge, (1995) proponen la **Medida de Evaluación Familiar**, la cual puede ser contestada por padres y niños de 10 o más años y trata de identificar puntos fuertes y débiles de la familia. Sus 134 ítems están organizados en tres áreas: a) Escala General: 50 ítems sobre la salud/patología de la familia en general; b) Escala de Relación Diádica: 42 ítems para cada diada evaluada; c) Escala de Autovaloración: 42 ítems sobre la percepción que tiene una persona sobre su funcionamiento en la familia. Dentro de cada área se puntúan diversas subescalas: Logro de Tareas, Ejecución de rol, Comunicación, Expresión Afectiva, Implicación Afectiva, Control y Normas/Valores.

AUTORREGISTROS Y OBSERVACIÓN

Es relativamente sencillo diseñar un autorregistro y un test de evitación

conductual con el fin de identificar aspectos problemáticos en las diferentes esferas de la vida del paciente.

Bados (2005) expresa “por ejemplo el niño puede ser expuesto a situaciones de cada vez menor proximidad a los padres y registrarse si es capaz de llevarlas a cabo (totalmente, parcialmente, en absoluto), sus reacciones manifiestas de ansiedad y su ansiedad subjetiva” (p.9).

En cuanto a la intervención Cognitivo Conductual, Labellarte (1999) citado por Pacheco y Ventura (2009) manifiesta que estudios controlados han documentado la efectividad de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) en el tratamiento del TAS y otros trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia.

La TCC puede tener 3 variantes: individual, grupal y con modalidad que involucre a los padres o cuidadores afectivos del niño. Las principales intervenciones terapéuticas conductuales son: educación afectiva, uso de técnicas cognitivas, intervenciones con exposición gradual con refuerzos positivos y técnica de relajación. La educación afectiva se refiere a que el niño ansioso aprenda a identificar y a comprender mejor los signos fisiológicos, conductuales y

cognitivos que forman parte de la ansiedad como emoción. Este modelo tripartito de la emoción le enseña al niño a distinguir entre sentimientos excesivos y poco realistas de sentimientos armónicos y funcionales. En el proceso terapéutico el niño aprende un automonitoreo de sus sensaciones, pensamientos y respuestas conductuales, de modo de aprender estrategias de enfrentamiento a la angustia que le sean más funcionales y adaptativas.

La exposición gradual consiste en que el niño paulatinamente y de manera protegida enfrenta situaciones temidas por él. Este proceso considera la habituación, principio formativo que postula la declinación natural de la ansiedad asociada a situaciones temidas, si el niño las enfrenta frecuentemente por períodos prolongados de tiempo. Para un mejor resultado debe contarse con la cooperación de una persona que contenga y tranquilice al niño durante la exposición a lo temido. El refuerzo positivo o premio, se debe utilizar para alentar el esfuerzo. (Pacheco y Ventura, 2005, p. 111)

Kendall (1994) citado por Bados (2005) plante que en la investigación científica Hasta el momento sólo la terapia cognitivo-conductual ha sido investigada experimentalmente y se ha mostrado superior clínica y

estadísticamente a la lista de espera en niños que presentaban distintos trastornos de ansiedad (generalizada, por separación o social); el segundo fue el segundo grupo más numeroso. Los resultados se han mantenido en dos seguimientos de 1 año y en otros dos de 3 y 6 años de media, y no se han visto afectados por la presencia de comorbilidad

Dentro de el enfoque objeto de estudio se destaca el programa cognitivo conductual **FRIENDS** propuesto por Barrett (2001). El cual ha demostrado tener validez social, ya que sus usuarios muestran una elevada satisfacción con el mismo y la mayoría lo recomendarían a otros así como también lo manifiesta en su investigación Rivera (2018).

El programa FRIENDS tiene tres componentes, cada uno de los cuales se aplica durante cuatro sesiones; la primera parte de cada sesión se dedica al abordaje individual del trastorno de ansiedad en el niño y la segunda implica reunir a la familia (incluido el niño). Todo esto se realiza con dos intenciones: La primera reducir el conflicto y aumentar la cooperación en la familia, los padres son entrenados para reforzar verbal y materialmente las aproximaciones a las situaciones temidas y no prestar atención a la

conducta ansiosa y quejas excesivas. En concreto, los padres responden con empatía a la primera queja del niño, pero las repeticiones son seguidas por la incitación a practicar una estrategia de afrontamiento previamente aprendida y por no hacer caso a las conductas de ansiedad y quejas. Estas estrategias de manejo de contingencias son ensayadas con ejemplos de las conductas temerosas del niño.

En segundo lugar, se enseña a los padres a tomar conciencia de sus propias respuestas de ansiedad, a manejar sus alteraciones emocionales y a modelar respuestas de resolución de problemas y de afrontamiento ante las situaciones temidas. En tercer y último lugar, se entrena brevemente a los padres en habilidades de comunicación y resolución de problemas con el fin de que sean más capaces de trabajar en equipo para resolver futuros problemas y mantener las mejoras terapéuticas una vez acabado el tratamiento.

Este tercer componente implica lo siguiente: a) entrenar en habilidades para reducir la escalada del conflicto entre los padres sobre la educación del niño; b) alentar a los padres a reservar un tiempo para discusiones regulares sobre el día que ha tenido cada uno y entrenar en habilidades de escucha para que estas discusiones sean más eficaces; c) entrenar en habilidades de

solución de problemas y alentar a los padres a programar discusiones semanales de resolución de problemas para manejar las dificultades del niño y de la familia. (Bados, 2005, p.12)

En definitiva con el programa de Kendall y el de Barrett aplicados a niños con diversos trastornos de ansiedad se consiguen mejoras significativas en medidas de autoinforme principalmente de trastorno de ansiedad por separación, trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, ansiedad y depresión, y en la escala de interiorización (retraimiento, quejas somáticas, ansiedad/depresión).

Así mismo, el tratamiento cognitivo-conductual se realiza entrenamiento en estrategias de afrontamiento. Entre las estrategias de afrontamiento que mejores resultados ofrecen en el tratamiento mencionado por Monasor, Jiménez y Palomo (2003) citado por Rivera (2018):

Intervención motivacional: El objetivo es promover un cambio en el paciente, así como en su percepción de los problemas derivados de éste. Su base teórica es la entrevista motivacional. A través de este tipo de intervención se detectan las resistencias y ambivalencia respecto al tratamiento, teniendo como objetivo la evaluación, información del

riesgo, consejo y la importancia de la responsabilidad en la conducta.

Autocontrol: Lo que se pretende con esta técnica es que los pacientes aprendan a controlar el deseo y a manejar situaciones que puedan provocarlo. Para ello se les entrena en conductas asertivas, en habilidades de autoobservación, autoevaluación y autorrefuerzo/autocastigo.

Entrenamiento en habilidades sociales: se intenta que el paciente desarrolle una serie de habilidades que le ayuden a manejar distintas áreas problemáticas. Se trabaja en asertividad, en la expresión de sentimientos, en técnicas de comunicación positiva.

Prevención de recaídas: se orienta a ayudar y enseñar al paciente a evitar las recaídas. Las principales estrategias utilizadas son: discusión de la ambivalencia del paciente, identificación de desencadenantes emocionales y ambientales, desarrollo de habilidades para afrontar el estrés interno y externo.

Contrato de contingencias: Se utilizan consecuencias positivas o negativas para recompensar o castigar las conductas adaptativas o desadaptativas, respectivamente, y desincentivar la

situación problema. Estas consecuencias se deciden entre terapeuta y paciente.

Una última y no menos importante variable a estudiar en este apartado es la familia

La implicación de la familia es esencial ya que los padres a menudo juegan un papel en el mantenimiento de los miedos por separación del niño y deben respaldar el plan de tratamiento aplicando consistentemente el manejo conductual en casa. (Rivera, 2018, p. 71)

Algunos programas, también basados en la TCC, enfatizan la implicación familiar, como la terapia de interacción padre-hijo (PCIT). La terapia de Interacción Padre-Hijo (Brinkmeyer & Eyberg, 2003) citado por Rivera (2018) plantean que esta, se ha adaptado para niños con TAS de edades entre los cuatro y los ocho años pero requiere recursos considerables a menudo no disponibles en muchos servicios, incluso en los países con altos ingresos. El PCIT consta de tres etapas:

- **Interacción dirigida al niño:** instruir a los padres para que sean cariñosos y elogien con frecuencia a su hijo, para promover los sentimientos de seguridad

en el niño y así facilitar la separación de los padres.

- **Interacción dirigida a la valentía:** el terapeuta trabaja con ambos, los padres y el niño, para desarrollar una lista de situaciones que el niño teme o actualmente evita, en orden de severidad. La familia crea una lista de recompensas para reforzar los esfuerzos del niño

Eisen (1998) citado por Rivera (2018) define a la última etapa como: **Interacción dirigida a los padres** de la siguiente manera en la cual los padres aprenden a manejar el mal comportamiento basándose en los principios operantes de modificación de conducta (como refuerzo consistente positivo y negativo). También, aprenden a no reforzar los comportamientos ansiosos del niño, por ejemplo no prestarle más atención cuando falta a clase

Hay que resaltar que durante las tres etapas, se entrena activamente y se realiza retroalimentación constante a los padres en cómo aplicar las estrategias.

Conclusiones

Luego de confrontar hipótesis, teorías y revisar modelos explicativos sobre la ansiedad en niños, su origen, mantenimiento e intervención desde el enfoque cognitivo conductual, programas eficaces ante el TASI, se puede decir que en dicho trastorno existe un interjuego de variables como lo son: la genética, la familia, los estilos de crianza, el ambiente, la escuela, los cuales pueden actuar como factores protectores o predisponentes ante la probable aparición de este trastorno durante la infancia, y se enfatiza a lo largo de estas líneas en la detección temprana por parte de un profesional especializado para no caer en etiquetas típicas como un niño o niña con “mamitis” o “papitis” e ignorar que las pataletas, las conductas de absentismo escolar, la tristeza o el aislamiento son solo síntomas de la patología que se ha venido gestando en el individuo y no, la raíz del problema.

En este sentido es absolutamente necesario realizar un proceso de evaluación con mucha objetividad y pericia, ya que en la mayoría de los casos el niño por encontrarse en un proceso de desarrollo a nivel cognitivo y conductual no reconoce por sí mismo sus comportamientos ansiosos ante

determinadas situaciones, para lo cual es necesario utilizar instrumentos científicos y estandarizados además de técnicas como las anteriormente mencionadas para detectar un posible inicio del TASI.

A nivel de técnicas y estrategias la más usadas y efectivas a nivel psicoterapéutico son las proporcionadas por el enfoque cognitivo conductual, ya que estamos logrando detener los pensamientos automáticos e incluso catastróficos que el niño posee a la hora de separarse de sus principales figuras de apego, así como también intervenimos ante la reacción conductual desproporcional ante el contexto que se encuentre el niño, logrando así una intervención efectiva modulando las reacciones desadaptativas del niño y evitando que dicho trastorno se agudice o avance hacia un futuro rechazo o fobia escolar.

En base a los resultados de la reflexión realizada se puede concluir que la terapia cognitivo-conductual debería considerarse como el tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad por separación y ansiedad generalizada en niños y adolescentes. Orgilés, Méndez, Rosa, Inglés (2003) manifiestan que “este tipo de intervención, sola o en combinación con

intervención familiar, se ha mostrado eficaz frente a condiciones de control y otros tratamientos, manteniéndose los logros terapéuticos en el tiempo”. (p.202).

Se concluye entonces, que todo programa de intervención ante el trastorno de ansiedad por separación en niños, debe estar conformado por un módulo a nivel de la cognición y otro a nivel de la conducta, además de involucrar de principio a fin a la familia, ya que esta es la primera institución de introyección de leyes y normas en la vida del niño y dependiendo del tipo de apego desarrollado con sus miembros principales así será su relación con el mundo exterior. La función principal de esta dentro del proceso radica en su poder de generalización de resultados y de grupo de apoyo primario para el niño en su proceso de adquisición de metas y habilidades nuevas así como también de extinción de conductas evitativas.

Como valor agregado de este artículo se recomienda en las futuras intervenciones de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes, diseñar estrategias, procedimientos y técnicas que propicien la motivación intrínseca y no sean basadas tanto en la extrínseca, con el fin de despertar interés por la terapia. Ya que luego de la

revisión realizada se detectó que los procedimientos actuales en este campo se hallan rebasados de procedimientos lógico-verbales los cuales en ocasiones se dificultan mucho para los menores, especialmente para los más pequeños.

El desinterés consecuente puede conducir a una terminación prematura o abandono, con lo que el menor no se beneficia totalmente del tratamiento. Por lo que sería deseable que los profesionales actuales desarrollaran estrategias, técnicas, historias novedosas e incluso que involucren la lúdica y elementos actuales del contexto sociocultural donde se encuentran inmersos los niños, en este sentido habrá una mejor respuesta por parte del consultante y mejorará considerablemente la adherencia al tratamiento psicoterapéutico propuesto para el infante.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013) Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5. Arlington. VA. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil. (2016). Trastorno de ansiedad de separación en la infancia (TASI). España: AEPNYA.
- Bados, A. (2005). *Trastorno de ansiedad por separación. Rechazo escolar y fobia escolar.*(Tesis de Psicología). Universidad de Barcelona, España.
- Barret, P.M., Dadds, M.R. y Rapee, R.M. (2001). Cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children: Long-term (6-year) follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 135-141.
- Broatch, L. (2007) Los problemas de aprendizaje y los problemas psicológicos, (3ª. ed.) Ediciones Universidad Camilo José Celal. Madrid España.
- (Family Assessment Measure, FAM; Skinner y cols., 1983, citado en King, Ollendick y Tonge, 1995).
- Mardomingo MJ. Trastornos de ansiedad. En: Díaz de Santos S.A eds. *Psiquiatría del niño y del adolescente, método, fundamentos y síndromes.* 1994. p. 281-314.
- Ochando, G. y Peris, S. (2017). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral.* 21(1), 39 – 46
- Orgilés, M., Mendez, X., Rosa, A. y Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología.* 19(2), 193-204.
- Pacheco, B. y Ventura, T. (2009). Trastorno de ansiedad por separación. *Revista chilena de pediatría.* 80(2), 109-119.
- Reyes. A. (s.f). Trastornos de ansiedad guía practica para diagnostico y tratamiento
- Rivera, J. (2018). *Efectividad de la intervención cognitiva conductual en el trastorno de ansiedad por separación.* Universidad del norte, Barranquilla-Atlántico.
- Rodriguez, P. y Ajoy, M. (2010). Recuperado de https://www.sepeap.org/wp-content/uploads/2014/02/Ps_inf_ansiedad.pdf
- Ruiz, A. (2005) Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Exlibris Ediciones; p.265-280.

Schott RW, Mughelli K, Deas D. An overview of controlled studies of anxiety disorders treatment in children and adolescents. *J Natl Med Assoc.* 2005;97(1):13-24.

Separation Anxiety Symptom Inventory, SASI; Silove y cols., 1993, citado en Sandín, 1997)