



**UNIVERSIDAD  
DE PALERMO**

Facultad de Humanidades

Licenciatura en Psicología

**Trabajo Final de Integración:**

*Un trastorno de ansiedad por separación abordado desde  
una terapia cognitivo-conductual*

Alumna: Yael Macarena Bertoni

Tutor: Lic. Gabriela Ramos Mejía

Noviembre - 2008

## Índice

Introducción.....	2
Objetivos.....	3
General.....	4
Específicos.....	4
Marco teórico.....	5
La teoría del apego.....	5
Los estilos de apego.....	6
El trastorno de ansiedad por separación.....	9
La terapia conductual.....	12
La terapia cognitiva.....	15
Metodología.....	17
Tipo de estudio.....	17
Muestra.....	17
Instrumentos.....	17
Procedimiento.....	18
Conclusión.....	26
Referencias.....	28
Anexo.....	30

## **Introducción**

El servicio de pediatría de un Hospital Interzonal es el lugar elegido para llevar a cabo la práctica de habilitación profesional. Allí se realizan distintas actividades: admisiones, seguimiento de casos y trabajo en salas, el cual consiste en recavar los datos de los niños internados y sus familias, y brindarles la contención psicológica necesaria.

El caso que se toma para presentar en este trabajo es el de un niño diagnosticado con un trastorno de ansiedad por separación. La elección de dicho caso está relacionada con el interés respecto a la temática de los miedos en la infancia.

Los niños experimentan miedos muy variados a lo largo de su desarrollo, la mayoría de los cuales son pasajeros, de poca intensidad y propios de una edad determinada. Estos miedos son saludables, cumplen una función adaptativa, ya que brindan la oportunidad de aprender a enfrentar situaciones difíciles y estresantes, con las que inevitablemente el niño se topará en su vida. Por otra parte, hay una pequeña proporción de temores infantiles que son persistentes y de intensidad elevada. Estos miedos se convierten en un problema, ya que interfieren en el funcionamiento diario del niño y de su familia (Méndez, 1999).

## **Objetivos**

### *General*

- Describir el caso de un niño diagnosticado con un trastorno de ansiedad por separación y el desarrollo de su tratamiento desde una postura cognitivo-conductual.

### *Específicos*

- Describir el proceso de cambio del paciente en relación a la sintomatología inicial.
- Describir las distintas intervenciones llevadas a cabo a lo largo del tratamiento.

## **Marco teórico**

Con el objetivo de explicar con claridad el caso que se eligió para desarrollar el presente trabajo, se han tomado los pensamientos de distintos autores que se refieren a este tema.

Para comenzar, se expondrá lo que postula la teoría del apego a fin de dilucidar el origen del trastorno de ansiedad por separación que le fue diagnosticado al paciente. Según esta teoría, el origen de muchos trastornos que se expresan en algún momento de la vida de un individuo, se podría situar en la calidad del vínculo entre éste y sus padres, en su primera infancia. Es así que el trastorno de ansiedad por separación tendría su origen en uno de los estilos de apego: el apego inseguro ansioso-ambivalente.

Luego se describirán las principales características de dicho trastorno a partir de los aportes del DSM IV y de autores especializados en lo que se refiere a trastornos ansiosos en niños.

Por último, se explicarán las bases de un tratamiento cognitivo-conductual, que fue la modalidad con la que se intervino en el caso expuesto en este trabajo. Se desarrollarán en especial conceptos como desensibilización sistemática y reforzamiento positivo, intervenciones que fueron aplicadas a lo largo de las sucesivas entrevistas con el paciente.

### *La teoría del apego*

Muchos de los trastornos que se manifiestan en las distintas etapas evolutivas de los individuos tienen su origen en el tipo de vínculo que éstos han experimentado con sus padres durante su infancia, es decir, en la manera en que se produjeron los procesos de apego.

A partir de su experiencia como psiquiatra infantil, Bowlby consolidó su creencia de que la psicopatología se origina en experiencias de la vida interpersonal. Su interés se centró en el estudio de la naturaleza y las vicisitudes del vínculo fuerte y duradero que se desarrolla en la temprana infancia entre el individuo y sus cuidadores. Su principal preocupación giraba en torno a los efectos nocivos de la separación temprana, la pérdida y la privación de los cuidados maternos. Bowlby (1977) dice: “Lo que por motivos de

conveniencia denomino *teoría del apego*, es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional, que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva”. Bowlby (Op. Cit.) afirma que muchas formas de trastorno psiquiátrico pueden ser atribuidas a las alteraciones en el desarrollo de la conducta de apego o, más raramente, al fracaso de su desarrollo. Asegura también que esta teoría arroja luz tanto sobre el origen como sobre el tratamiento de esas condiciones.

### *Los estilos de apego*

Muchos psicólogos han señalado que se requieren ciertas condiciones para que los niños puedan sentir que el mundo es un lugar donde uno puede hallarse relativamente confiado y seguro de sí mismo. Blatz (1966) plantea que este sentimiento de seguridad es lo que permite al niño alejarse, explorar el mundo, aprender y desarrollar un sentimiento básico de destreza y eficacia ante las dificultades que se pueda encontrar. Marrone (2001) considera que el balance situacional entre los dos sistemas motivacionales primarios, el apego y la exploración, en la etapa de 1 a 2 años y medio de edad, va a ser un determinante fundamental del apego seguro. Los padres deben aprender a proporcionar un conjunto equilibrado de conductas de cuidado complementarias: conducta de protección (que proporciona sostén y seguridad) y permitir la independencia (que estimula al niño a explorar y aprender sin temor). Los niños que reciben cuidado constante y confiable, que son tratados con calidez, empatía y respeto, tienden a volverse independientes y competentes, es decir que tienden a desarrollar un tipo de apego seguro.

Ainsworth (1978), quien realizó importantes aportes a la teoría del apego contemporánea, establece tres tipos de apego: inseguro evitativo (grupo A), seguro (grupo B) y *apego inseguro resistente* o *ansioso-ambivalente* (grupo C). Por su parte, Main y Solomon (1986) proponen la inclusión de una nueva categoría, se trata del estilo de apego inseguro desorganizado (grupo D). Anteriormente se han explicado las características de un niño con un estilo de apego seguro y la génesis de su desarrollo.

Lo que se hará a continuación es presentar los conceptos básicos de los tres tipos de apego restantes.

A partir de una investigación realizada en el marco de un programa psicoterapéutico especializado para niños y niñas víctimas de malos tratos, Dantagnan (2005) desarrolla una descripción de lo que ella denomina trastornos del apego:

- **Apego inseguro evitativo:** los niños que han desarrollado este estilo de apego han experimentado relaciones con sus padres cargadas de angustia, rechazo, repulsión y hostilidad. En estos casos, cuando el bebé llora porque se siente cansado, temeroso o agobiado por una necesidad insatisfecha, hace surgir en su cuidador una tensión que le es difícil de manejar. En consecuencia, la respuesta ante esta situación que lo sobrepasa será tomar distancia del estado emocional del bebé, forzándolo a modificar dicho estado o distorsionando sus sentimientos por otros que le resulten más tolerables. De esta manera, los cuidadores intentarán controlar o manejar emociones o sentimientos intensos que les causan malestar. Es así que un bebé cuidado por personas con este estilo parental organizará una estrategia evitativa para relacionarse con ellas, y por ende con los demás. Esta estrategia consistirá en inhibir paulatinamente su conducta de apego y la expresión de sus afectos, obviándolos, negándolos o haciéndolos pasar por otros. Con el tiempo, estos niños irán acentuando su autonomía, ocultando sus necesidades y deseos por estar cerca del otro, y desarrollando una “seudoseguridad” como estrategia para protegerse del rechazo y del temor al abandono. El método terapéutico en estos casos consistirá en trabajar en la habilidad del niño para reconocer y comunicar sus emociones, con el propósito de reducir el sentido de amenaza, de vulnerabilidad y de peligro que experimenta cuando intenta expresarlas.
- **Apego inseguro desorganizado:** este estilo de apego lo presentan niños cuyos cuidadores han sufrido pérdidas no elaboradas de personas significativas y, a su vez, han sido víctimas de violencia y abuso sexual. Estos individuos presentan incompetencias parentales severas y crónicas, y muchos sufren alguna patología psiquiátrica, o son alcohólicos o toxicómanos. En estos casos, no importa lo que el bebé haga, tanto si intenta acercarse como alejarse de su figura de apego generará en ésta una ansiedad que canalizará por medio de comportamientos hostiles y de rechazo. Por lo tanto, el resultado será una vivencia repetida de angustia, miedo y

desesperanza por parte del pequeño. A la larga, estos modelos relacionales tan violentos e insensibles conducirán a que el niño se represente como indigno y malo, y que perciba a los otros como inaccesibles, peligrosos y abusadores. De esta manera, su mundo interpersonal estará impregnado por un miedo crónico intenso. En el ámbito terapéutico, es importante ofrecerles a estos niños una vinculación afectiva y estructurada donde exista un compromiso genuino con él. Se debe respetar rigurosamente el contenido y la duración de cada sesión, así como la sala de terapia y sus diferentes componentes. Este carácter estructurado del proceso psicoterapéutico le brindará al niño víctima de malos tratos un sentido de seguridad y de control que minimice su sentido de vulnerabilidad frente a un adulto a solas (visto por el niño como potencialmente peligroso).

- **Apego inseguro ansioso-ambivalente:** los niños que presentan este estilo de apego experimentan una ansiedad profunda de ser amados y valorados, así como una preocupación por el grado de interés y la disponibilidad emocional que los demás muestran hacia ellos. Varios autores sostienen que los chicos que desarrollan este tipo de apego han sido cuidados por padres que han fallado a la hora de ofrecer una disponibilidad y una implicación adecuada en relación a las necesidades físicas y a los estados emocionales de sus hijos, cuestiones que pueden pasar desapercibidas durante períodos considerables. Este estilo de cuidado generará en el niño una sensación de abandono, soledad e impotencia que le provocará una intensa ansiedad. En consecuencia, la manera que el pequeño encontrará para salir de estos dominios emocionales será aumentar sus conductas de apego, haciendo demandas constantes y pegándose a su cuidador. Al persistir en su petición conseguirá provocar una reacción del otro en última instancia tardía, lo que le dará la ilusión de lograr un sentido de seguridad y de alivio de su angustia. Esta incoherencia entre lo que el bebé hace y la respuesta de la madre influirá negativamente en el desarrollo de los procesos cognitivos, sobre todo en los aspectos concernientes al terreno social y afectivo. Sus estilos relacionales van a girar en torno al supuesto de que nadie podrá interesarse realmente por ellos ni mucho menos llegar a quererles, y todo lo que el otro haga o no haga en la relación será medido desde allí. Las distorsiones cognitivas, las interpretaciones o lecturas erróneas estarán muy presentes ahora y en el futuro. Cuando el desarrollo motor y del lenguaje le permiten explorar y conocer mejor su entorno, estos niños



presentan muchísima ansiedad, ya que prefieren la fusión relacional sobre la autonomía. A partir de los 3 o 4 años comienzan a desarrollar “estrategias coercitivas”, tales como: conductas agresivas, de enfado, amenazas, etcétera, que provoquen una respuesta o una llamada de atención y, por otro lado, conductas de indefensión y desamparo para provocar cuidado y protección. Ambas les permitirán mantener al otro activamente involucrado el máximo tiempo posible, obteniendo de esta manera algún dominio sobre su mundo social. La mayor parte de la energía de estos niños se concentra en el terreno afectivo y es muy poco lo que invierten en las tareas cognitivas. Por esta razón, no es raro encontrar chicos con fracasos escolares, bajo rendimiento escolar, trastornos del aprendizaje, trastornos de déficit de atención y trastornos de hiperactividad. A nivel social tendrán dificultades para ser aceptados por el grupo de pares, como consecuencia de la constante preocupación por sentirse aceptados y reconocidos por los demás que los lleva a entrar en conflictos que tienen que ver con celos, posesión, deseos de exclusividad, etcétera. Estos patrones de conducta se mantienen durante la adolescencia, haciéndoles difícil mantener una relación y generándoles sentimientos de inseguridad, rabia, frustración y mucha angustia. El objetivo de la terapia con estos niños será ofrecerles herramientas y técnicas que los ayuden a conectarse y comprender sus emociones y sentimientos, a auto observarse, a pensarse, a revisar sus distorsiones cognitivas y entonces releer o redefinir sus relaciones interpersonales.

### *El trastorno de ansiedad por separación*

García (2003) explica que la base fenomenológica de los trastornos ansiosos en niños es la angustia patológica, planteándose un problema a la hora de diferenciarla de la angustia normal, dado que muchas angustias o ansiedades son comunes y pueden jugar un papel adaptativo en el ser humano.

La angustia normal estaría desencadenada por una causa objetiva externa identificable: separación, violencia intrafamiliar, problemas escolares serios. Se puede decir que un niño con una angustia normal tiene la capacidad de recuperarse de ella y de permanecer libre de ansiedad cuando no está presente la situación. El niño ansioso, en

cambio, vive permanentemente con un vago sentimiento de aprensión, como si algo terrible fuera a suceder. Así, se lo puede observar inquieto por su salud física, irritable o con episodios agudos de angustia, cuyo desencadenante no es claramente identificable, pudiendo ser cualquier hecho externo o interno. En estos casos, hay una incapacidad en el niño para recuperarse rápidamente cuando el estímulo desaparece, afectando el funcionamiento de áreas de su desarrollo, manifestando preocupación relacionada con situaciones parecidas y poca flexibilidad frente a los problemas (García, Op. Cit.). Existen diferentes trastornos ansiosos en niños, sin embargo a continuación se analizará el que interesa para el desarrollo del presente trabajo.

Según el DSM-IV TR (2001), la principal característica del *trastorno de ansiedad por separación* es una excesiva e inapropiada ansiedad para el nivel de desarrollo del sujeto concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas con quienes está vinculado (Criterio A). Para su diagnóstico, dicha alteración deberá mantenerse durante un período de por lo menos 4 semanas (Criterio B), iniciar antes de los 18 años (Criterio C) y provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, académico o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D). No se establecerá el diagnóstico si la ansiedad aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, o en adolescentes y adultos si se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia (Criterio E).

Los sujetos con este trastorno pueden experimentar un malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación de su hogar o de las personas con quienes están más vinculados (Criterio A1). Una vez que se da la separación, suelen tener una preocupación desmedida y persistente por la posible pérdida de estas personas o por la posibilidad de que éstas sufran un daño (Criterio A2). También se muestran muy preocupados ante la posibilidad de que algún acontecimiento adverso, como extraviarse o ser secuestrados, dé lugar a dicha separación y no volver a ver nunca más a sus seres queridos (Criterio A3). Pueden rehusarse a ir a la escuela o a un campamento, o a visitar la casa de un amigo o dormir en ella, o ir a cualquier otro sitio por miedo a la separación (Criterio A4).

Estos individuos son a veces incapaces de permanecer en casa solos o sin las principales figuras vinculadas, adquiriendo un comportamiento muy absorbente con respecto a las mismas, convirtiéndose prácticamente en su “sombra” (Criterio A5). También suelen tener problemas llegado el momento de irse a dormir e insisten en que

alguien permanezca a su lado hasta conciliar el sueño (Criterio A6). Durante las noches pueden pasarse a la cama de sus padres o de otra persona significativa, como un hermano. Es frecuente que tengan pesadillas cuyo contenido refleja los temores de separación de estos sujetos (Criterio A7). Cuando ocurre o se anticipa un alejamiento respecto de figuras importantes de vinculación es común que manifiesten quejas físicas tales como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos (Criterio A8).

El trastorno de ansiedad por separación no es raro, su prevalencia se estima en torno al 4% en niños y adolescentes jóvenes, la cual va decreciendo con la edad. Factores de mal pronóstico son la aparición del trastorno en edades más avanzadas, la presencia de otros trastornos psiquiátricos y de trastornos psicopatológicos en el entorno familiar. En su etiología se postula una dificultad en el proceso de individuación-separación, vulnerabilidad personal dada por el temperamento o a situaciones contingentes o de dinámica familiar. Este trastorno puede desencadenarse tras alguna situación estresante, como el fallecimiento de un familiar o de una mascota, una enfermedad del niño o de un familiar, un cambio de escuela, el nacimiento de un hermanito, un traslado a una nueva vecindad o una emigración. La consulta de estos niños generalmente se inicia por las dificultades escolares y por quejas somáticas, planteando un serio problema de manejo a los padres y al colegio.

Méndez (Op. Cit.) caracteriza el miedo a la separación como un conjunto de respuestas de los sistemas cognitivo, psicofisiológico y motor (ver Tabla I), que presenta el niño cuando se encuentra alejado del hogar o de las personas a las que está vinculado. Méndez plantea que es fundamental el comportamiento de los padres ante las conductas de autonomía del niño para la evolución del miedo a la separación, ya que si éstos experimentan ansiedad al separarse de su hijo pueden contagiarle su miedo. En un estudio llevado a cabo con niños que experimentaban este tipo de trastorno, se observó que el 57% de las madres presentaba un trastorno de ansiedad (Last, Francis, Hersen, Kazdin y Strauss, 1987).

**Tabla I**  
**Reacciones propias del trastorno de ansiedad por separación**

<b>Sistema Cognitivo</b>	<b>Sistema psicofisiológico</b>	<b>Sistema motor</b>
<i>Preocupación excesiva</i>	<i>Malestar excesivo</i>	<i>Oposición excesiva</i>
- Ante el alejamiento	- Cefaleas, dolores	- A ir a la escuela,

<p>de su hogar o de una figura significativa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Por la posibilidad de perder a sus padres o de que éstos sufran un daño.</li> <li>- Por la posibilidad de que un acontecimiento adverso los aleje definitivamente de sus padres.</li> </ul>	<p>de estómago, náuseas, vómitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pesadillas concernientes a sus temores de separación.</li> </ul>	<p>campamentos, casa de un amigo por miedo a la separación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A permanecer solo o sin sus padres en casa.</li> <li>- A dormir solo en su habitación.</li> </ul>
--	---	--

Cuando el trastorno es inicial, generalmente se caracteriza por una marcada inasistencia a clases y es relativamente fácil de tratar. Los padres y los profesores deben cooperar en alentar y apoyar al niño a volver al colegio lo antes posible con refuerzo de la situación deseada. Si la resistencia a ir a la escuela se mantiene o si el niño es mayor o adolescente, la resolución de este trastorno es más compleja pues hay más factores personales y psicosociales a resolver.

Las terapias conductuales y cognitivas son de mucha utilidad, con un enfoque familiar de la situación, ya que el problema de la autonomía-dependencia del niño es un dilema que también la familia debe afrontar. La utilización de psicofármacos puede ser recomendada en los casos más severos, en los que los síntomas del trastorno son difíciles de controlar a través de las medidas anteriormente expuestas. Para estos casos, se ha postulado el uso de antidepresivos tricíclicos o inhibidores de la recaptación de serotonina acompañados de benzodiazepinas como el alprazolam o clonacepam (García, Op. Cit.).

### *La terapia conductual*

El conductismo se centró en el estudio de los principios de adquisición y cambio de la conducta, y redujo a la mente a la condición de epifenómeno (la “caja negra”). Desde esta postura se subrayan dos principios explicativos: el condicionamiento clásico,

basado en el aprendizaje por asociación, y el condicionamiento operante, basado en el aprendizaje por las consecuencias (refuerzos). La psicoterapia conductual desarrolló intervenciones a partir de estos dos principios. Por ejemplo, la *desensibilización sistemática*, en la cual se expone al individuo a situaciones progresivamente más ansiógenas en estado de relajación, se basó en el condicionamiento clásico. Esta técnica a su vez se basa en lo que Wolpe (1958) llamaba principio de inhibición recíproca, el cual establece que puesto que una persona no puede estar ansiosa y no excitada al mismo tiempo, se puede romper el vínculo aprendido entre un estímulo particular y la respuesta de ansiedad que el mismo evoca, procurando que el estímulo ocurra en tanto se evita la incidencia de la respuesta de ansiedad.

Este conjunto de técnicas de reducción de la ansiedad conocido como desensibilización sistemática requiere tres pasos. Primero, se debe establecer una conducta incompatible con respuestas de ansiedad. Segundo, deben clasificarse los estímulos temidos en jerarquías graduadas, ordenadas de menor a mayor angustia, a fin de lograr que los estímulos de tensión presentados al paciente sean lo bastante débiles para que la relajación pueda evitar el malestar con eficacia. Las jerarquías pueden ser temáticas en el sentido que sus ítems progresan a lo largo de un tema cada vez más angustioso (por ejemplo, estar en una habitación con un perro pequeño; luego con tres perros pequeños; luego con cinco perros grandes), o pueden ser espacio-temporales en el sentido que varían a lo largo de las dimensiones del tiempo y/o del espacio (por ejemplo, comprar un billete de avión; facturar el equipaje; subir al avión). Tercero, se le debe pedir al paciente que se imagine cada ítem de la jerarquía, comenzando con el menos amenazante, mientras está profundamente relajado. A medida que se desensibiliza cada ítem, el ítem superior en la jerarquía se vuelve un poco menos amenazante y se puede tratar de la misma manera. Si se encuentra excitación, el ítem que la causa es o bien disminuido o bien se inserta uno nuevo que requiere un avance más pequeño respecto al último estímulo completado con éxito.

A partir de la capacidad del paciente para imaginar estos ítems sin malestar se logra el debilitamiento del vínculo entre los estímulos de tensión reales y las respuestas de ansiedad que éstos originaban, produciendo una reducción muy grande, sino completa, del nivel de excitación.

Los teóricos conductuales y terapeutas han agregado variaciones, suplementos y alternativas a la técnica anteriormente mencionada. Un ejemplo importante se llama *desensibilización in vivo* (Wolpe, 1969). Los procedimientos implicados son análogos a

los de la desensibilización imaginaria con varias excepciones importantes. Primero, la jerarquía de estímulos no es imaginada sino presentada de forma real. Segundo, aún cuando la relajación progresiva se registra como una influencia inhibidora de la ansiedad, la presencia sosegada y tranquilizadora del terapeuta se usa a menudo para cumplir la misma función. Tercero, y quizá lo más importante, se permite al paciente que haga frente realmente a los estímulos temidos (en lugar de ser meramente expuesto a ellos), y de ese modo desarrolle o vuelva a adquirir las aptitudes precisas mientras desaprende las respuestas mal adaptadas.

Por otra parte, el *refuerzo positivo* es muy utilizado en diversos contextos a la hora de condicionar conductas apropiadas mientras que la extinción (ausencia de refuerzo) es empleada para eliminar conductas no deseables. Bandura (1976) explica que la conducta está regulada, en muy alto grado, por sus consecuencias. Tienden a descartarse las respuestas que no son recompensadas o que tienen como efecto el castigo, y se mantienen aquellas otras que producen resultados gratificantes. Las consecuencias de las respuestas influyen en la conducta de una forma antecedente, ya que crean la expectativa de que en futuras ocasiones los resultados serán similares. La probabilidad de ciertas acciones aumenta por la recompensa anticipada y la de otras disminuye por el castigo que se anticipa.

Según Bandura (Op. Cit.) algunas teorías únicamente reconocen la influencia de las consecuencias externas y afirman que dichas consecuencias modelan la conducta de forma automática. Sin embargo él considera que las consecuencias externas suelen ser muy influyentes, pero que no son las únicas que determinan la conducta humana. Según este autor, las personas también guían sus acciones por las consecuencias que observan en otros (reforzamiento vicario) y basándose en consecuencias que crean por sí mismas (autorrefuerzo). A continuación se tratará en detalle el sistema regulatorio de la conducta basado en las consecuencias externas que interesa para el desarrollo del presente trabajo.

A lo largo de la vida van variando las cosas que las personas encuentran reforzantes. Los bebés y niños pequeños responden, sobre todo, a las consecuencias físicas inmediatas que proporciona la comida, la estimulación dolorosa y el contacto físico. Con el transcurso de los años, las experiencias físicas gratificantes se asocian repetidamente con expresiones de interés y aprobación por parte de los demás, y las experiencias desagradables con expresiones de desaprobación.

En el caso de los niños más pequeños es importante que las consecuencias, para poder afectar a la conducta, se den de una forma inmediata ya que les resulta difícil asociar las acciones con sus consecuencias cuando entre éstas y aquéllas se interpone una demora. Una vez desarrolladas las capacidades simbólicas se podrán establecer conexiones cognoscitivas entre la conducta y sus efectos, aunque éstos se demoren, sin confundir qué es lo que se está reforzando.

Según Bandura (1969) algunos creen que la conducta debe realizarse sin una razón externa, les preocupa que la incentivación externa pueda disminuir el interés inherente a la propia conducta. Sin embargo él piensa que los incentivos son útiles para desarrollar capacidades y fomentar intereses duraderos. Los refuerzos fomentan la participación en actividades que no se realizarían sin ellos, por lo que no podría desarrollarse ningún interés hacia las mismas. Lo que ocurre muchas veces es que se utilizan coacciones y amenazas que fomentan la antipatía más que la competencia. La mejor manera de asegurar el aprendizaje consiste en apoyar los esfuerzos del individuo hasta que su conducta se desarrolle y alcance el punto en que produce consecuencias que la sustentan de una manera natural. El autor afirma que a medida que aumenta la habilidad y el compromiso en una actividad, las recompensas sociales, simbólicas y autoevaluativas son las que asumen las funciones incentivadas.

Es importante señalar que la terapia de conducta posee un carácter relativamente ahistórico, ya que no toma demasiado en cuenta el pasado, sino que se focaliza en las contingencias reforzadoras presentes mantenedoras de los problemas de conducta.

### *La terapia cognitiva*

Paralelamente a la evolución de la psicoterapia conductual se desarrollaron sistemas de terapia cognitiva. La psicología cognitiva reaccionó contra el paradigma conductista E-R (Estímulo-Respuesta), estableciendo la necesidad de centrar el estudio en las variables mediadoras, es decir, otorgando primordial importancia a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo.

A mediados de la década del 60, pero sobre todo a partir de comienzos de la del 70, surgieron las primeras formulaciones de terapia cognitiva. Ellis y Beck fueron dos figuras destacadas dentro de este movimiento, ambos con antecedentes en la práctica del

psicoanálisis. Ellis (1962) desarrolla el método A-B-C, a partir del cual sostiene que la creencia (B) sobre un acontecimiento activador (A) conduce a la consecuencia (C). Por lo tanto, cambiando B se podría cambiar C incluso si A no cambiara. Ellis (Op. Cit.) plantea que el cambio de la conducta está al servicio del cambio cognitivo e insiste en una nueva visión de las cosas. Por su parte, Beck (1987), a partir de sus estudios sobre la depresión, encontró que este trastorno se caracteriza por el contenido negativo de las cogniciones sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Halló además que conlleva un proceso cognitivo distorsionado, tal como la inferencia arbitraria, la abstracción selectiva y la sobregeneralización.

Una de las razones más importantes del prestigio que adquirió la terapia cognitiva fueron los resultados obtenidos a partir de un amplio programa de investigación en depresiones, que mostraban a dicha terapéutica no solamente más efectiva que otras formas más prolongadas de psicoterapia sino que, incluso, parecían evidenciar mejores resultados en comparación con el uso de psicofármacos.

La tesis central de la terapia cognitiva radica en que los pensamientos erróneos e irracionales caracterizan a las personas que padecen de desórdenes psicológicos, y que el efecto de estos pensamientos erróneos opera afectando negativamente el estado emocional de las personas. El objetivo principal de esta terapia es la identificación y corrección de las distorsiones cognitivas, teniendo la certeza de que a partir de la sustitución de esos pensamientos irracionales por otros modos de pensar se producirá un mejoramiento de las condiciones de las personas perturbadas.

Al igual que la conductual, esta también es una terapia ahistórica, puesto que no considera necesario indagar sobre acontecimientos, pensamientos o sentimientos pasados, aunque ha llegado a serlo menos a lo largo de los años. Profundiza el examen acerca de “cómo” ocurren los fenómenos antes que intentar saber el “porqué” de esa ocurrencia.

En conclusión, el abordaje cognitivo-conductual de una problemática determinada, en este caso un trastorno de ansiedad por separación, consistiría en una combinación de intervenciones dirigidas tanto a la adquisición de nuevas conductas como a la corrección de las distorsiones cognitivas del sujeto.



## **Metodología**

### *Tipo de estudio*

Descriptivo.

### *Muestra*

Para la realización de este trabajo se toma un caso único: F. tiene 5 años y va a primer grado. Su mamá consulta porque el niño se niega a entrar a clase, ya que no se quiere quedar solo en la escuela. El diagnóstico presuntivo es trastorno de ansiedad por separación.

### *Instrumentos*

Se llevaron a cabo una serie de entrevistas semidirigidas. A lo largo de las mismas se observaron las respuestas del niño en relación a las intervenciones aplicadas y el vínculo con sus padres. También se administraron las siguientes técnicas proyectivas:

- HTP: revela los conflictos y preocupaciones generales del individuo, así como aspectos específicos del ambiente que encuentra problemáticos. La técnica del test es muy simple, se ubica al examinado en una mesa adecuada a su estatura y se le entrega una hoja de papel en blanco, un lápiz con buena punta y una goma de borrar. Luego se le indica que dibuje una casa, un árbol y una persona. En el caso de preguntas por parte del examinado, se contestarán sin realizar ninguna sugerencia. Este test se utiliza sin límite de edad (desde que el individuo comprende la consigna) ni de tiempo. El análisis de esta técnica se realizó tomando en cuenta los criterios de Buck (1995).
- DFH: evalúa aspectos de la personalidad del sujeto en relación a su autoconcepto y a su imagen corporal. Para la administración de la prueba, el sujeto debe contar

con papel, lápiz y goma de borrar. Luego se le va a pedir que dibuje un hombre. Si el sujeto formula preguntas respecto a la confección de su dibujo se le responde “hazlo como quieras”, el examinador debe evitar en todo momento el hacer sugerencias. No hay límite de tiempo para la realización de la prueba. El análisis cualitativo del test se efectuó a partir de los criterios de Koppitz (1984) y el cuantitativo teniendo en cuenta los criterios de Casullo (1991).

- Familia Kinética: explora las dinámicas familiares, entornos, modalidades vinculares, alianzas, identificaciones, sentimientos de inclusión o exclusión respecto a la vida familiar, tales como las percibe el individuo. En el momento de la administración del test, el individuo debe contar con una hoja de papel en blanco, lápiz y goma de borrar. La consigna es que dibuje a cada uno de los miembros de su familia realizando alguna actividad. Frente a preguntas del examinado referidas a la producción de su dibujo, no es conveniente hacer sugerencias. No hay un tiempo límite estipulado para su ejecución. La evaluación de este gráfico se llevó a cabo a partir de los criterios de Verthely (1985).

### *Procedimiento*

El tratamiento que se implementó para el trastorno de ansiedad por separación que presentaba Federico tuvo un enfoque cognitivo-conductual. Dicho tratamiento pretendió disminuir la dependencia excesiva del niño hacia los adultos con los que está vinculado.

Los ejes centrales del proceso terapéutico fueron: la utilización de una jerarquía espacio-temporal, que incluye distancias cada vez más lejanas y tiempos progresivamente mayores separado de sus padres, y el uso de reforzamientos, en donde el niño fue felicitado y recompensado por cada uno de sus logros.

El tratamiento estuvo a cargo de dos terapeutas, uno de los cuales fue la autora del presente trabajo, quienes trabajaron tanto con el niño y los padres en el consultorio como con los maestros por medio de indicaciones escritas.

En el Trabajo Final de Integración se describieron cada uno de los encuentros con el niño y sus padres, con el objetivo de señalar la evolución del tratamiento y las distintas intervenciones implementadas en el mismo.

### *Análisis del caso*

La familia del niño está integrada por su mamá, su papá y dos hermanos. Su mamá se llama V, tiene 29 años y es ama de casa. Su papá se llama D, tiene 33 años y es mecánico. Tres meses atrás nació su hermanito cuyo nombre es S. Tiene además otro hermano de 8 años que se llama A, producto de una relación anterior, quien vive con su padre.

La mamá consulta porque el niño hace un tiempo que se niega a entrar al colegio. Comenta que F es muy apegado a ella y al papá. Refiere que el niño en reiteradas ocasiones le manifestó que tiene miedo que lo dejen y que no le quiere hacer nada malo al bebé. V. dice que este comportamiento del niño comenzó aproximadamente hace tres meses, lo que coincide con el nacimiento de S.

*El diagnóstico presuntivo del niño es trastorno de ansiedad por separación, ya que lo expuesto por la mamá coincide con los criterios establecidos por el DSM IV TR:*

- *Excesiva ansiedad del sujeto concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas con quienes está vinculado (Criterio A).*
- *Dicha alteración deberá mantenerse durante un período de por lo menos 4 semanas (Criterio B).*
- *Iniciar antes de los 18 años (Criterio C).*
- *Provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, académico o de otras áreas importantes de la actividad del individuo (Criterio D).*

*Este trastorno tiene una estrecha relación con lo que Bowlby denomina teoría del apego, la cual sostiene que los seres humanos tienden a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas y que las alteraciones en el desarrollo de los procesos de apego pueden desencadenar en muchas formas de dolor emocional y trastornos de personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional.*

*Teniendo en cuenta los tipos de apego establecidos por Ainsworth, se podría ubicar a los niños diagnosticados con este trastorno dentro del tipo inseguro ansioso-ambivalente. Los chicos que presentan este estilo de apego experimentan una profunda ansiedad de ser amados y valorados, así como una preocupación excesiva por el grado de interés y la disponibilidad emocional que los demás muestran hacia ellos. En consecuencia, la manera que estos niños encontrarán para salir de estos dominios*

*emocionales será aumentar sus conductas de apego, haciendo demandas constantes y pegándose a su cuidador. Esto concuerda con lo descrito por el DSM IV TR, que explica que los niños con un trastorno de ansiedad por separación son incapaces de estar alejados de sus principales figuras vinculares, adquiriendo un comportamiento muy absorbente respecto a las mismas y convirtiéndose prácticamente en su “sombra”.*

En total se llevaron a cabo siete sesiones con F. El niño fue acompañado a cada una de ellas por su mamá, con quien también se trabajó en algunas oportunidades.

La entrevista inicial incluyó una charla con la mamá y un primer acercamiento con el niño. La charla con V apuntó a la recolección de datos referidos tanto al niño como a su entorno familiar. Se indagó también sobre el motivo de consulta, en relación a la historia y la situación actual del mismo. Con F también se conversó sobre las razones por las cuales su mamá lo trajo a la consulta y se acuerda con él que si se queda un día entero en el colegio recibirá un premio.

*Con respecto a los premios, Bandura explica que la conducta está regulada, en muy alto grado, por sus consecuencias. Por lo tanto, tienden a descartarse las respuestas que no son recompensadas o que tienen como efecto el castigo, y se mantienen aquellas otras que producen resultados gratificantes. Bandura considera que los incentivos son muy útiles a la hora de desarrollar capacidades y fomentar intereses duraderos en actividades que no se realizarían sin ellos. Entiende que se deben apoyar los esfuerzos del individuo hasta que su conducta se desarrolle y alcance el punto en que produce consecuencias que la sustentan de una manera natural.*

La semana siguiente concurre al servicio en el día y horario estipulados. En un comienzo se niega a ingresar al consultorio y luego se lo convence ya que se le permite ingresar junto con su mamá. V cuenta que el niño permaneció un día entero en la escuela, por lo que se le entrega a F el premio acordado. Luego se le dice al niño que si se compromete a quedarse dos días completos en el colegio la próxima vez recibirá una recompensa mayor a la que se le dio en esta sesión. F acepta y antes de dar por finalizada la entrevista se le informa a la mamá lo pautado con el niño.

*Durante esta sesión se observa nuevamente la imposibilidad que caracteriza a los niños con un trastorno de ansiedad por separación de permanecer alejados de sus*

*principales figuras vinculadas, dándose en este caso primero en la escuela y trasladándose luego al consultorio.*

*Por otro lado se puede advertir que, como postula Bandura, a partir de la anticipación de una recompensa la probabilidad de que ciertas acciones ocurran aumenta, así como también la de otras disminuye por el castigo que se anticipa. Es así que Federico asistió un día entero a clase esperando recibir el premio prometido.*

*Este autor plantea además que las consecuencias de las respuestas influyen en la conducta de una forma antecedente, ya que crean la expectativa de que en futuras ocasiones los resultados serán similares. Teniendo en cuenta este pensamiento es que se interviene pactando con el paciente otro premio si permanece dos días completos en el colegio.*

En el encuentro posterior, la mamá informa que F no había cumplido con la consigna establecida la semana pasada, ya que solamente había permanecido en el aula mientras ella estaba en el patio de la escuela. Cuando V debió retirarse para ir a alimentar al bebé que había quedado en su casa al cuidado de un familiar, F quiso irse con ella. Se la hace salir a la mamá del consultorio y se le pregunta al niño sobre lo sucedido. F en un primer momento no quiere hablar del tema, pero finalmente confiesa que siente celos de su hermanito y manifiesta que sólo iría al colegio si S fuese al jardín de infantes. El niño les pide a las terapeutas que no le comenten a su mamá sobre lo que dijo durante la entrevista.

*En esta sesión aparece el posible desencadenante del comportamiento que mantiene F hace tres meses. Según el DSM IV TR, el trastorno de ansiedad por separación puede desencadenarse tras alguna situación estresante, como el fallecimiento de un familiar o de una mascota, un cambio de escuela, un traslado a una nueva vecindad o una emigración, una enfermedad del niño o de un familiar, o el nacimiento de un hermanito. La mamá comentó en la primera entrevista que la negativa del niño a asistir al colegio comenzó aproximadamente hace tres meses atrás, lo que coincidía con el nacimiento de su hermanito S. En esta sesión F confirma que siente celos de su hermano menor.*

Luego se le propone a F realizar una serie de dibujos, a lo que el niño accede sin ningún problema. Se le administra el HTP, el DFH y Familia Kinética, cuyo análisis posterior arrojó los siguientes resultados:

- HTP: A partir de los criterios de Buck (1995), en la producción gráfica de F se observan indicadores que reflejarían un rechazo del niño hacia sus fantasías, con un mayor aferramiento a lo concreto. A partir de su dibujo se evidencian también rasgos de inhibición y timidez, y una dificultad por parte del niño a la hora de relacionarse socialmente (ver Anexo 1).
- DFH: Tomando en cuenta los criterios de Koppitz (1984) para el análisis cualitativo del test, en el dibujo de la figura humana de F se observan indicadores que estarían asociados con una dificultad por parte del niño para conectarse con el mundo que lo rodea y con las otras personas. Su producción gráfica también estaría reflejando rasgos de timidez y una tendencia al retraimiento. Como se puede observar, las conclusiones del análisis cualitativo del DFH de F coinciden con las obtenidas a partir del análisis de su HTP. En cuanto al análisis cuantitativo del test, que se realizó teniendo en cuenta los criterios de Casullo (1991), los resultados indican un nivel de madurez conceptual superior comparado con niños de su misma edad y región geográfica (ver Anexo 2).
- Familia Kinética: El análisis del material se realizó a partir de los criterios de Verthely (1985). La familia graficada concuerda con la composición del grupo real sin presentar adiciones ni omisiones. La secuencia de graficación, de izquierda a derecha, es la siguiente: A (hermano mayor), F, S (hermano menor), D (papá) y V(mamá). La inclusión de su hermanito entre él y sus padres podría interpretarse como la visión de F respecto a su hermano como aquello que lo separa de sus padres. La graficación de la kinesia no está lograda, lo que es normal para su nivel intelectual y madurativo, ya que a los niños pequeños le resulta más fácil indicar la acción por medio del objeto que a través del movimiento. Dibuja al grupo familiar en una plaza, en donde él y A están jugando a la pelota mientras sus papás y su hermanito los observan. Los primeros son graficados en un rol activo interactuando en una conducta lúdica de características gratificantes, mientras que las otras figuras son presentadas “observando” como si quisiera de esta manera transmitir su afinidad con su hermano mayor y sus sentimientos de exclusión respecto a los otros miembros de su familia (ver Anexo 3).

Antes de dar por finalizada la sesión se le recuerda a F el pacto establecido la semana anterior, esperando que lo cumpla para el siguiente encuentro.

Para la siguiente sesión se planea una actividad que incluye la participación de la mamá. Se le propone a V que le lea al niño un cuento llamado “Federico y su hermanita”, el cual se refiere a las sensaciones que experimenta un chico a partir del nacimiento de su hermanita. La mamá se sienta junto a F y comienza con la lectura, el niño la escucha atentamente y presta atención a los dibujos del cuento que ella le señala. En reiteradas ocasiones, V compara al bebé del cuento con el hermanito del paciente. Finalizada la lectura, se la hace salir a la mamá del consultorio y se le pide a F que realice un dibujo acerca del cuento. Dibuja una casa en la que se puede observar en su interior a un bebé y a un niño, según F, enojado. Al indagar sobre este tema, el paciente refiere que el chico que dibujó está enojado porque su hermanito no es lo suficientemente grande aún como para jugar con él.

Antes de concluir el encuentro, se le da un premio al niño ya que su mamá cuenta que había asistido dos días completos al colegio sin que ella tuviese que quedarse en el patio a esperarlo. Se le dice a F que el próximo desafío consistirá en ingresar tres días enteros a clase, o más, si es que él lo desea.

*La intervención de la lectura del cuento aplicada en esta sesión está dirigida a la corrección de lo que la terapia cognitiva denomina pensamientos erróneos o irracionales, objetivo principal de dicha terapéutica. Estos pensamientos actúan afectando negativamente el estado emocional de las personas, por lo que su sustitución por otros modos de pensar conducirá al mejoramiento de los sujetos perturbados. Ellis, figura destacada dentro de la psicología cognitiva, plantea que el cambio de la conducta está íntimamente ligado al cambio cognitivo, es decir, a una nueva visión de las cosas. El autor afirma que al modificar una creencia sobre un acontecimiento se pueden modificar sus consecuencias, aun si dicho acontecimiento se mantuviese.*

*Transcurridas cuatro entrevistas, F logra asistir dos días completas a la escuela sin que su mamá lo tuviese que esperar en el patio. Aquí se pueden advertir los efectos de lo que Wolpe denomina desensibilización sistemática, intervención que se fue aplicando a lo largo del tratamiento. Esta técnica apunta a la reducción de la ansiedad exponiendo al individuo a situaciones progresivamente más ansiógenas. Estas situaciones se clasifican en jerarquías graduadas, ordenadas de menor a mayor angustia, a fin de lograr que el paciente pueda sobrellevar el malestar que le generan con eficacia. Las jerarquías pueden ser temáticas, en el sentido que progresan hacia un tema cada vez más angustiante, o espacio-temporales, en el sentido que varían a lo largo de las dimensiones del tiempo y del espacio. En el presente caso, se utilizaron los*

*dos tipos de jerarquías mencionadas: por un lado, se le indicó al niño asistir un día entero al colegio, luego dos días, luego tres o más (jerarquía temática); y por el otro, se le pidió a la mamá que no lo esperara más al nene en la puerta del curso sino en el patio de la escuela y finalmente que se retirara (jerarquía espacio-temporal).*

En el siguiente encuentro, F manifiesta que está mal porque la directora del colegio había hablado con su papá y le había dicho que no podía seguir faltando, ya que tenía demasiadas inasistencias. V cuenta que el niño no quiso entrar a clase nuevamente y que además había faltado una semana entera al colegio porque estuvo enfermo. Se le pide a la mamá que salga y se indaga sobre las razones del retroceso en el tratamiento. F no quiere hablar demasiado del tema, pero manifiesta que quiere que lo cambien de colegio, que quiere ir al que va su prima. Se le pregunta si de esa manera entraría a clase y responde convencido que sí.

Luego se le comenta a la mamá el pedido del nene en cuanto al cambio de escuela y se le aconseja tenerlo en cuenta como una posibilidad. V dice que va a hacer las averiguaciones correspondientes para tramitar dicho cambio, pero que le preocupa que F a pesar de esto se mantenga en la misma postura. Se le dice que de todas formas lo tenga en cuenta ya que el nene de esta manera se está atrasando en el colegio.

Por no haber cumplido con lo pautado en el encuentro anterior, al niño no se le da ninguna recompensa.

*Como se hizo referencia anteriormente, Bandura plantea que la conducta está regulada por sus consecuencias. Sostiene que las respuestas que no son recompensadas tienden a descartarse ya que crean la expectativa de que en futuras ocasiones los resultados serán similares. En esta sesión se aplicó lo que en terapia conductual llaman extinción, es decir la ausencia de refuerzo, dirigida a eliminar conductas no deseables.*

La semana siguiente, antes de comenzar la sesión con el niño, se mantiene una charla con la mamá. V cuenta que F entró dos días completos a clase, ya que ella y su marido le dijeron que si no iba al colegio un policía (cliente del papá) se lo llevaría preso. Sin embargo, se le indica a V tomar una decisión junto a su marido con respecto al comportamiento del niño: o se ponen firmes para que entre a clase todos los días, o lo cambian de escuela. Se le pide que lo conversen y que tomen una determinación para la próxima entrevista, a la que deberán asistir ambos padres.



*Respecto a este tema, Méndez refiere que es fundamental la actitud que adoptan los padres frente a las conductas de autonomía del niño para la evolución del miedo a la separación, ya que si éstos experimentan ansiedad al separarse de su hijo pueden contagiarle su miedo. Los padres deben cooperar en alentar y apoyar al niño a volver al colegio lo antes posible con refuerzo de la situación deseada.*

Luego se realiza una actividad con la mamá y el niño. Se les pide que hagan un dibujo libre en forma conjunta. Se muestran muy entusiasmados con la consigna y se observa una adecuada comunicación entre ambos, con una buena complementación en las distintas tareas.

*Como se explicó anteriormente, los niños con trastorno de ansiedad por separación son niños con un estilo de apego ansioso-ambivalente. Se cree que los chicos que desarrollan este tipo de apego han sido cuidados por padres que han fallado a la hora de ofrecer una disponibilidad y una implicación adecuada en relación a las necesidades físicas y a los estados emocionales de sus hijos. Teniendo en cuenta esto, es que se lleva a cabo esta actividad con F y la mamá a fin de evaluar la modalidad vincular entre madre e hijo.*

Al finalizar, se le dice a F que debe asistir al colegio y a la mamá se le reitera que se la espera junto a su marido con una decisión tomada.

V asiste a la siguiente consulta sola, ya que su marido no pudo venir por cuestiones laborales. Cuenta que F tuvo de nuevo problemas en la escuela por lo que finalmente decidió cambiarlo a otra cerca de su casa. Manifiesta que está muy contenta con el cambio ya que F se adaptó a la nueva escuela sin ningún problema.

Ante esta situación, se decide entonces dar por finalizado el tratamiento del niño y se le dice a la mamá que puede volver a consultar ante cualquier otra problemática que se le presente.

## Conclusión

La gran mayoría de los trastornos psicológicos que se expresan en la adultez tienen su origen en la infancia de los individuos. Es por este motivo que decidí realizar la práctica de habilitación profesional en el servicio de pediatría del Hospital elegido, ya que estoy convencida que la detección temprana de los síntomas de estos trastornos favorece a una evolución más rápida y efectiva de los mismos, o en el caso de presentarse cuadros irreversibles contribuye para una mejorar la calidad de vida del sujeto en su adultez. Cabe señalar que los padres ocupan un rol fundamental en relación al diagnóstico precoz y posterior evolución del tratamiento. Hoy en día, los padres realizan más consultas y cada vez más prematuras. Esto se debe, en mi opinión, a dos cuestiones: por un lado, la paulatina desaparición de la creencia popular de que quien iba al psicólogo estaba loco, estigmatización que creaba resistencia a la hora de consultar; y por el otro, la evolución en cuanto a la valoración de la infancia a lo largo de la historia, consiguiendo a mediados del siglo XX ser vista como una etapa de ayuda al infante que implica la participación de ambos padres en el desarrollo de la vida del niño, esforzándose por empatizar con él y satisfacer sus necesidades peculiares y crecientes.

En cuanto a la práctica en el hospital, considero que es una experiencia fundamental para todo aquel profesional que quiera dedicarse a la psicología clínica, ya que en el ámbito hospitalario uno toma contacto con todo tipo de problemáticas de distinta gravedad, pasando por dificultades para conciliar el sueño hasta situaciones de violencia y abuso.

Con respecto a F, se podría decir que, a partir del desenlace del caso, el diagnóstico inicial no fue totalmente acertado. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en un primer momento el profesional tiene la necesidad de enmarcar al conjunto de signos y síntomas que observa en el paciente dentro de un trastorno determinado, con el objetivo de establecer la modalidad terapéutica más adecuada para ese caso. A partir de la revisión bibliográfica realizada para el desarrollo de este trabajo, pude confirmar que las intervenciones aplicadas a lo largo del tratamiento de F fueron las apropiadas, ya que todos los autores que se referían al tema consideraban que la modalidad cognitivo-conductual era la más indicada para tratar un trastorno de ansiedad por separación.

Como dije anteriormente, a partir del desenlace del caso el diagnóstico inicial quedó un tanto desdibujado, a pesar de que muchos de los síntomas que presentaba F

correspondían a los de un trastorno de ansiedad por separación. La cuestión de que el niño con un simple cambio de escuela haya modificado su comportamiento me hace pensar que también podríamos haber realizado una evaluación por abuso, para la que se utilizan técnicas como la hora de juego diagnóstica, el juego de interrelaciones familiares, el CAT-A, etc. Considero que este punto quizás se nos pasó por alto por la gran demanda de consultas que se solicitan por día en un hospital, lo que nos llevó a darle el alta al niño apenas observamos que los síntomas se revirtieron.

Para finalizar, quiero volver a señalar la importancia que tiene la realización de una práctica hospitalaria para el psicólogo clínico. A partir de mi experiencia, puedo decir que me nutrió mucho profesionalmente ya que me permitió volcar todos mis conocimientos teóricos y aprender tanto de mis aciertos como de mis errores. Actualmente continúo trabajando en el servicio de psicología pediátrica del Hospital, actividad de la que disfruto mucho ya que considero que todo lo que podamos hacer para ayudar a un niño hoy contribuye para que ese niño pueda desarrollar todo su potencial en un futuro.

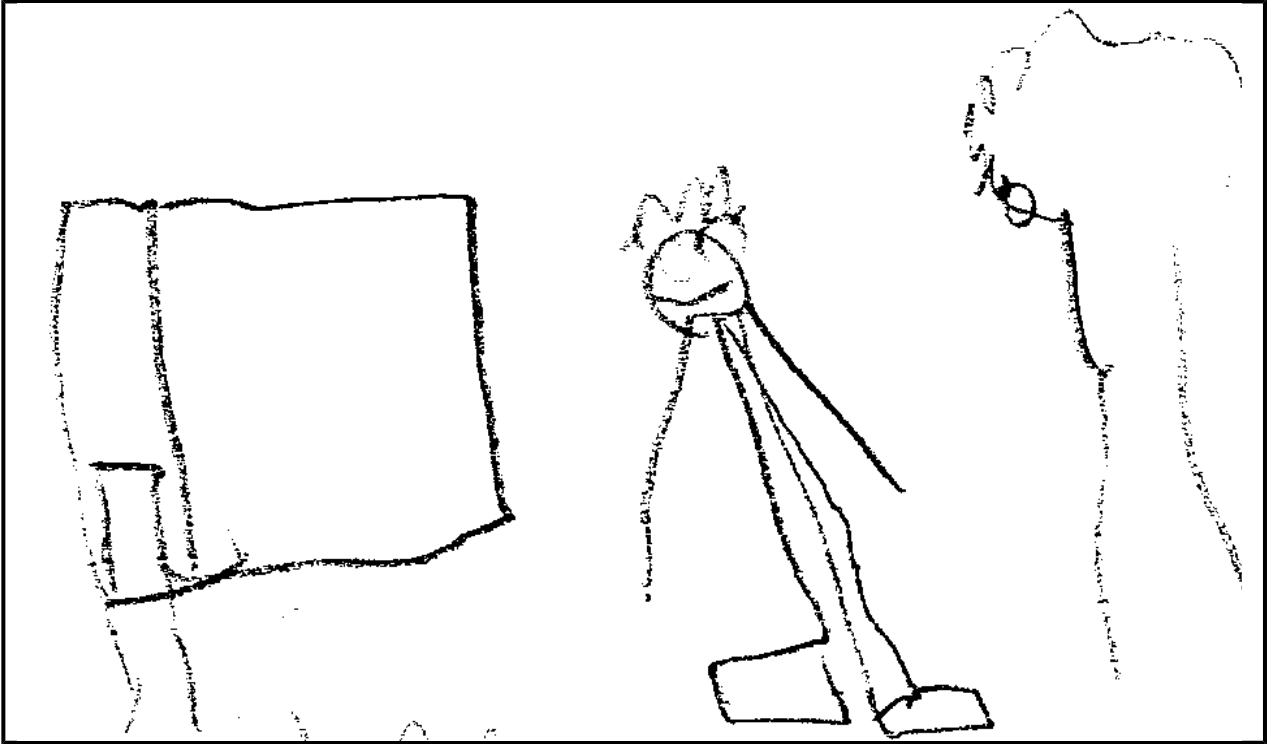
## Referencias

- Ainsworth, M. (1978). "Patterns of attachment". En: Solomon J. y George C. *Attachment desorganization*. Nueva York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association (2001). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – IV – Texto revisado*. Barcelona: Masson.
- Bandura, A. (1976). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 5-38.
- Blatz, W. (1966). *Human Security: Some reflections*. Toronto: University of Toronto Press.
- Bowlby, J. (1977). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Buck, J. (1995). *H-T-P: Manual y guía de interpretación de la técnica de dibujo proyectivo*. México: Manual Moderno.
- Casullo, M. M. (1991). *El test gráfico del dibujo de la figura humana: Normas regionales*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Dantagnan, M. (2005). "Los trastornos del apego: Elementos diagnósticos y terapéuticos". En: Barudy J. y Dantagnan M. *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Ellis, A. (1962). *Clinical applications of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum.
- García, R. (2003). "Trastornos ansiosos en niños y adolescentes". En: Almonte C., Correa A. y Montt M. *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Chile: Mediterráneo.
- Koppitz, E. (1984). *El test del dibujo de la figura humana en niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Last C., Francis G., Hersen M., Kazdin A. y Strauss C. (1987). *Separation anxiety and school phobia: A comparison using DSM-III criteria*. *American Journal of Psychiatry*, 144, 653-657.
- Main, M. y Solomon, J. (1986). "Procedures for identifying infants as disorganized/disorientated during the Ainsworth strange situation". En: Greenberg M., Cicchetti D. y Cummings M. *Attachment in the Preschool Years*. Chicago: University of Chicago Press.
- Marrone, M. (2001). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.

- Méndez, F. (1999). *Miedos y temores en la infancia: Ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- Verthely, F. (1985). *Interacción y proyecto familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1969). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.

Anexo

Anexo 1 – HTP



*Anexo 2 – DFH*



Anexo 3 – Familia Kinética

