

Universidad De Palermo
Facultad de Ciencias Sociales



**UNIVERSIDAD
DE PALERMO**

Trabajo Final de Integración

*Trastorno de Pica: Abordaje de caso único, Terapia
Cognitiva Conductual.*

Profesora Tutor Actuante: Dra. Gelassen, Nora Inés

Autor: Escobosa, Roswitha Noelia

Fecha de Entrega:

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	4
2. OBJETIVOS	
2.1. Objetivo general	5
2.2. Objetivos específicos	5
3. MARCO TEÓRICO	
3.1. Trastorno De Pica: Definición y Criterios Diagnósticos, Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV.	6
3.2. Características, causas y curso del trastorno.	7
3.3. Riesgos y Complicaciones médicas: Principales alteraciones físicas.	11
3.4 Comorbilidad del trastorno de pica en la infancia.	13
3.5. Tratamiento psicológico: Diferentes enfoques.	14
3.6. Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica	16
3.7. Trastorno de Ansiedad: Manifestaciones Clínicas en niños.	18
3.8. Trastorno de Pica y su interrelación con la ansiedad	20
3.9. Tratamiento para la pica y ansiedad desde un abordaje Cognitivo Conductual	21
3.9.1. Terapia Cognitiva conductual	21
3.9.2. Terapia Cognitiva conductual en niños	23
3.9.3. Intervenciones conductuales	24
3.9.4. Intervenciones cognitivas	26
3.9.5. Psicoeducación y Habilidades Sociales	27
4. MÉTODO	
4.1. Tipo de estudio	29
4.2. Participante	29
4.3. Instrumentos	29
4.4. Procedimiento	30

5. DESARROLLO	
5.1. Historia y descripción de la sintomatología de Pica y Ansiedad.	31
5.1.1. Entrevista a padres	31
5.1.1. Entrevista con Alex	35
5.2. Tratamiento cognitivo conductual: Intervenciones terapéuticas	38
5.2.1. Psicoeducación	38
5.2.2. Técnicas Cognitivo Conductuales	40
5.2.3. Desarrollo de Habilidades Sociales	44
5.3. Análisis de efectividad de la aplicación de Intervenciones cognitivas conductuales.	45
6. CONCLUSIONES	47
7. BIBLIOGRAFÍA	50
8. ANEXO	54
ÍNDICE DE TABLAS	
Tabla 1. Materiales Objeto de Pica	8
Tabla 2. Ansiedad Normal y Patológica	18
Tabla 3. Respuestas de Escala Achenbach	34

1. INTRODUCCIÓN

La práctica de habilitación profesional V fue realizada en un Hospital Interzonal General de Agudos de la Provincia de Buenos Aires. La misma consto de un cumplimiento de 320 horas, distribuidas en un promedio de 20 horas semanales, en el servicio de pediatría del hospital, el cual brinda asistencia a niños y adolescentes a través de consultorios externos de psicología infantil.

Los niños llegan allí derivados de los consultorios médicos del hospital, escuelas y juzgados de la zona, o por demanda de los propios padres y/o adultos que los acompañen.

Las actividades llevadas a cabo en la pasantía estuvieron bajo la supervisión y coordinación de la Dra. Nora Gelassen, donde en un primer momento el desempeño consistió en realizar un recorrido diario en las salas de internación del servicio de pediatría para brindar asistencia a los niños internados por motivos clínicos. Allí se procedía a efectuar una entrevista semi-dirigida a los adultos que acompañaban a los niños en el momento de la internación orientada a recabar datos del paciente (psicosociales, familiares, médicos, valoración de la red social y de posibles indicadores de presencia de consumo de drogas, alcohol o antecedentes de enfermedades mentales). El objetivo de esta actividad perseguía tener un registro diario de cada paciente y conocer el motivo clínico que derivó en la internación. Por otro lado, sirve para poder registrar la existencia de una demanda de carácter psicológico para derivar a una consulta y poder trabajar con los vínculos y redes familiares si alguno de ellos requiere un seguimiento más personalizado por parte del equipo de psicólogos. En algunos casos, cuando esto sucede y reciben el alta médica se continúa con un tratamiento psicológico en los consultorios externos.

Mayoritariamente, en las salas se aplicaban intervenciones orientadas a la psicoprofilaxis (para acompañar a algún niño que debe someterse a una operación o que requiere tratamientos invasivos) y a la psicoeducación (para aquellos que son diagnosticados con enfermedades crónicas). También, muchas veces se llevaba a cabo un trabajo interdisciplinario con médicos y asistentes sociales en la supervisión de casos que así lo requerían.

Una segunda instancia constó en la participación en entrevistas de admisión y sesiones en los consultorios externos con aquellos pacientes que ya estaban en tratamiento, las

mismas fueron llevadas a cabo por los coordinadores del equipo de psicólogos del hospital y de los pasantes.

La elección del presente Trabajo de Integración Final surge a partir de la participación en dichas entrevistas. El caso que aquí se desarrolla aborda la problemática de un niño de 11 años, a quien a partir de ahora para preservar su identidad llamaremos Alex. La demanda de tratamiento es realizada por su madre quien refiere observar y recibir notificaciones de la escuela porque el niño realiza conductas de deglución de sustancias no comestibles (tales como: corrector de tinta, gomas de borrar, dentífrico, papel, etc.). Al momento de la consulta inicial, dichos síntomas llevaban una persistencia de al menos un mes.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General:

- Describir el tratamiento psicológico de un niño de 11 años en el que se aborda el trastorno de pica desde la terapia cognitiva conductual.

2.2 Objetivos específicos:

- Describir los síntomas del trastorno de pica con los que llega el niño a la consulta.
- Analizar la comorbilidad del trastorno de pica con la sintomatología de ansiedad.
- Describir el tratamiento psicológico y las intervenciones que se realizaron con el niño desde un enfoque cognitivo conductual.
- Analizar los cambios que se produjeron a partir de las intervenciones empleadas.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Trastorno De Pica: Definición y Criterios Diagnósticos, Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV.

La anormalidad del apetito conocida como pica o alotriofagia es entendida como aquel impulso o deseo por ingerir algún tipo específico de sustancia que usualmente no se considera comestible (Almonte & Montt, 2003).

Según postula Wilson (2001), etimológicamente la pica encuentra su nombre en alusión a un ave llamado Pica Pica quien hace su nido con todo tipo de materiales que encuentra y es conocido por ingerir sustancias no comestibles ya sea por hambre o curiosidad. En el curso de la historia la pica ha tenido otros nombres tales como picacia, pseudorexia y geomania los cuales siempre se refirieron al apetito descontrolado de sustancias no comestibles.

Haciendo una breve descripción histórica, Viguria Padilla y Mijan De La Torre (2006) plantean que desde la época de los faraones los pobladores del Nilo comían el limo de sus orillas por considerarlo un alimento nutritivo, en tanto en la antigua Grecia se utilizaba la arcilla con fines médicos y curativos. Además hay evidencias de que en muchas culturas, como ser en África la geofagia (consumo de tierra); era llevada a cabo por razones mágicas y religiosas. Con la conquista de América y la fuerte evidencia de esta práctica entre los esclavos en Estados Unidos y en el Caribe a fines del siglo XVIII, la conducta de pica es extendida en forma mundial.

Las primeras evidencia de la pica como objeto de estudio por parte de la medicina es realizada por Hipócrates de Kos, quien tenía gran interés en evaluar la conducta de mujeres embarazadas que sentían deseos de comer tierra durante el periodo de gestación. Años más tarde Cornelius Celsus puso el foco en el estudio de los afectos adversos del consumo de sustancias inapropiadas, de esta forma empieza a adquirir entidad propia y es valorada en el ámbito de la medicina. Sin embargo fue el médico francés Ambroise Pare quien describió por primera vez este desorden alimenticio y que lo bautizo pica.

En tanto, en el ámbito de la psiquiatría; históricamente la pica fue considerada un síntoma de otros trastornos sin adquirir entidad propia; con la llegada del DSM- III-TR, consigue el estatus propio de un trastorno de la conducta alimentaria (Jones & Jones, 1992).

En este sentido, el trastorno de Pica es clasificado por el DSM-IV-TR (2002), como un Trastorno de la ingestión y de la conducta alimentaria que forma parte de los trastornos de inicio en la infancia o adolescencia.

Los trastornos de la ingestión se caracterizan por presentar diferentes alteraciones persistentes en la conducta alimentaria. Dentro de esta clasificación se encuentra el trastorno de pica cuya característica principal es la ingestión persistente de sustancias no nutritivas. Sus criterios diagnósticos se especifican en que dicho comportamiento debe persistir durante al menos 1 mes (Criterio A). Por otro lado, es necesario que además este comportamiento sea inadecuado evolutivamente (Criterio B) y no formar parte de prácticas sancionadas culturalmente (Criterio C). También se debe considerar que si la conducta ingestiva aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno mental (Ej. retraso mental, esquizofrenia), se considera de suficiente gravedad como para merecer atención clínica.

La pica suele ser frecuente en mujeres embarazadas y niños pequeños. Respecto a las sustancias ingeridas en los niños, se afirma que la misma tiende a variar según la edad, siendo común que los niños mas pequeños ingieran pintura, yeso, cabellos o ropas. Los niños de mayor edad tienen tendencia a comer excrementos de animales, insectos, hojas y/o arena. En todos los casos se observa que no hay aversión hacia los alimentos.

Es de esperar que el trastorno persista durante varios meses y remita en forma espontanea, en paralelo al desarrollo evolutivo del niño. Raramente puede prolongarse hasta la adolescencia o adultez.

3.2. Características, causas y curso del trastorno.

La pica no es una conducta exclusivamente humana, ya que ciertos animales (caballos, perros, gatos, ovejas) ingieren sustancias como tierra, huesos y madera para suplir carencias de minerales o como método purgativo para calmar problemas digestivos (Viguria Padilla & Mijan De La Torre, 2006).

En el caso de los seres humanos, epidemiológicamente es una conducta que puede afectar a mujeres embarazadas, niños desnutridos, personas con retraso mental, niños autistas y a aquellas personas que por antecedentes familiares de desordenes alimenticios o por disturbios psicológicos familiares caen en la practica.

Respecto a los niños, se estima que la pica aparece en un 10 a 32 % en pequeños entre 1 y 6 años de edad, mientras que en los niños mayores de 10 años el porcentaje se reduce alrededor del 10 %. Los niños que padecen retraso mental cuentan con una incidencia mayor de pica pero también puede ocurrir en niños con una inteligencia normal, aun así no se hallan diferencias significativas en relación al sexo; es decir que la pica parece afectar a ambos sexos por igual (Kaplan & Sadock, 1999).

Ajuriaguerra (1996), afirma que se considera anormal comer sustancias no comestibles después de los 18 meses de edad, el inicio de la conducta de pica se da entre los 12 y 24 meses de edad. Las sustancias que ingieren los niños varían según la accesibilidad que tengan al material y se incrementa a medida que adquieren mayor destreza motora e independencia, el objeto de pica puede ser invariable o por el contrario se presenta interés en varios materiales a la vez. Por otra parte, siguiendo al autor antes nombrado se debe considerar que la pica adquiere un nombre específico en algunas de las sustancias que se consumen.

Como se ve a continuación, estos son algunos ejemplos de los materiales no comestibles y su definición.

Material Ingerido	Nombre de la Pica
Almidón del lavadero	
Bolsas de plástico	
Carbonato de Magnesio	
Cascaras de huevo	
Caucho de la espuma	
Cenizas y colillas de cigarrillo	Estactofagia
Esponja	
Fósforos quemados	Cautopireiofagia
Globos	
Hielo	Pagofagia
Jabón	Saponifagia
Lana	Jumperfagia
Madera (escarbadientes)	Xylofagia

Materia fecal	Coprofagia
Material de caucho	
Moco	Mucofagia
Monedas	
Objetos cortantes	Acufagia
Papel	Paperofagia
Pasta dental	
Pelo (el propio, de personas allegadas o peluches)	Tricofagia
Piedras	Litofagia
Objetos de plástico	Plasticofagia
Poliéster	Poliesterofagia
Tierra o arcilla	Geofagia

Tabla 1. Materiales objetos de pica. Fuente: Campuzano (2011).

En referencia a las causas de la pica, Kaplan y Sadock (1999) afirman que el fenómeno no encuentra sus motivos bien esclarecidos pero diferentes estudios epidemiológicos y clínicos dan cuenta de que la misma se relaciona con trastornos médicos, mentales y sociales.

Dentro de los factores médicos y nutricionales, algunos autores coinciden en que los desencadenantes más comunes son la carencia de hierro y zinc como consecuencia de otras circunstancias que llevan a la ingesta de sustancias no comestibles, por ejemplo en países pobres y estados donde predomina la pobreza es común que los niños presenten esta conducta. Bajo esta visión, la pica es una conducta motivada por la falta de algunos nutrientes esenciales, es decir que el origen sería la carencia y la conducta una respuesta secundaria a la misma, la misma se resuelve corrigiendo estos déficits. Cabe destacar que por este motivo es frecuente la presencia de pica en mujeres embarazadas. Las picas nutricionales que suelen presentarse son la pagofagia (comer hielo) y la geofagia (comer tierra) (Woywodt & Kiss, 2002).

Respecto a los factores culturales, Viguria Padilla y Mijan De La Torre (2006), afirman que como se ha descrito anteriormente desde la antigüedad varias culturas han practicado la pica en su cualidad de geofagia por creencias mágico religiosas y son prácticas aceptadas culturalmente. Desde el punto de vista social, los disparadores más comunes son la pobreza, el hambre y la negligencia parental en la supervisión de los padres en niños y discapacitados.

Siguiendo a los autores anteriores; en el ámbito de la psiquiatría, numerosos estudios han dado cuenta de que la pica es causada a partir de trastornos psiquiátricos, como ser el autismo, la esquizofrenia y el retraso mental en niños. Campuzano (2011), en este sentido destaca que también puede aparecer como una respuesta frente al estrés producto de estas enfermedades; aun así, no se conoce ninguna lesión cerebral específica que desencadene el trastorno.

A la hora de abordar los disparadores psicológicos, varios autores coinciden en afirmar que la pica puede ser exacerbada por la depresión y/o ansiedad; así como también puede aparecer ligada a trastornos de conducta, abusos y padres negligentes en el caso de los niños. En la mayoría de los casos, hay coincidencias respecto a que las personas con pica discriminan y buscan expresamente aquellas sustancias que ingieren (Almonte & Montt, 2003; Chaskel, 2006).

Aun así, según Ravinder y Ritu (2005) la explicación psicológica más difundida y aceptada es aquella que postula a la pica como una conducta aprendida y reforzada ambientalmente con diversos fines tales como: conseguir atención, evitar situaciones desagradables, conseguir cosas concretas y en mayor medida autoestimularse. El aprendizaje de esta conducta puede darse por imitación de otros individuos e incluso, en el caso de los niños, de mascotas.

En relación al pronóstico y curso de la pica, Ajuriaguerra (1996) sostiene que el mismo es variable ya que en el caso de las mujeres embarazadas suele limitarse al término del período de embarazo mientras que en los niños suele resolverse con la edad. Sin embargo, es posible que en algunos adultos, especialmente en la población que padece retraso mental, la pica continúe durante años.

El transcurso de la patología dependerá del momento en que la misma es diagnosticada y su posterior tratamiento, ya que cuanto mas precoz sea detectada mejor pronostico

habrá. Se debe considerar que la pica de no controlarse puede traer complicaciones médicas severas (Medline Plus, 2010).

3.3. Riesgos y Complicaciones médicas: Principales alteraciones físicas

Campuzano (2011) plantea que sin dudas, el mayor problema de la pica esta dado por las complicaciones que se asocian a ella. Las mismas dependen del tipo de pica, como así también de la cantidad de material que se ingiere y en mayor o menor medida de la edad, estado mental y entorno de quien padece este trastorno. A grandes rasgos, el autor antes nombrado propone realizar la siguiente clasificación según la complicación.

- a) Complicaciones por toxicidad: Como se ha mencionado anteriormente; si bien algunas picas como la geofagia puede ser parcialmente beneficiosa ya que se utiliza como método desintoxicante, otras pueden traer graves problemas de intoxicación, en este sentido se destaca la intoxicación por zinc, cobre, fósforo, mercurio (asociado con pica por papel) y otros según el material consumido. También se destaca la anemia sideroblástica¹ y la intoxicación con plomo que es la mas frecuente y estudiada. Respecto a esta última, Viguria Padilla y Mijan De La Torre (2006) exponen que este material se encuentra en las cañerías, pinturas, soldaduras y en muchos productos industriales, su ingestión produce entre otras cosas: estreñimiento, anemia, afectación renal y cólicos intestinales. El envenenamiento con plomo es usual en los niños ya que muchos practican la pica ingiriendo por ejemplo pintura, además varios estudios comprueban que la intoxicación durante la infancia puede originar retraso y dificultades cognitivas en los niños.

- b) Obstrucciones del tracto digestivo: Uno de los problemas más serios que se debe considerar en los sujetos con pica es la acumulación de material extraño en el aparato digestivo, lo cual puede llegar a causar una obstrucción total del mismo o formar perforaciones y peritonitis. Las obstrucciones más comunes en los niños son aquellas provocadas por tragar pelos o piedras. Esto sucede cuando las

¹ Se asocia a los niveles de hierro elevados y a la ingesta de monedas a base de hierro.

sustancias indigeribles no pueden progresar y quedan aisladas en cavidades digestivas.

- c) Infección por parásitos: Es frecuente encontrar diferentes enfermedades parasitarias como consecuencia de ingestiones de objetos tóxicos. Un ejemplo de ello puede ser las infestaciones por parásitos tales como *Toxora canis* por consumo de excrementos de animales domésticos. También se describe dentro de esta categoría la toxoplasmosis. La gravedad de la infección que producen algunos parásitos es que muchos de ellos pueden extenderse a vísceras o al sistema nervioso central afectando a los sentidos.
- d) Daño dental: La acción de masticar plástico, madera u otros elementos no comestibles con el tiempo provocan daño en el esmalte y piezas dentales generando una tendencia a sufrir caries u otra desviación dental.
- e) Desnutrición: Es común que en el caso de los niños, al ingerir elementos no nutritivos tengan una sensación de saciedad que impide el cumplimiento normal de una dieta rica en proteínas y minerales, lo que se manifiesta en una disminución de los mismos. A largo plazo, los síntomas como la somnolencia o la falta de concentración se hacen presentes.

Si bien para llegar al diagnóstico de estas dificultades se necesita de estudios médicos tales como un hemograma o una radiografía en el caso de las obstrucciones, al abordar la pica en los niños hay que prestar especial atención a los síntomas físicos que ellos presentan. Un estudio realizado en una clínica pediátrica de Estados Unidos con niños de 18 semanas hasta 10 años que presentaban un historial de pica pero no padecían retraso mental demostró que las manifestaciones clínicas más preponderantes que hablan de existencia de algún tipo de complicación están dadas por la irritabilidad, ataxia en la coordinación, dolores de cabeza y problemas abdominales de toda índole (cólicos, vómitos, diarrea etc.) (Ravinder & Ritu, 2005).

A grandes rasgos, estas son las complicaciones físicas más preponderantes y sus manifestaciones clínicas; las cuales deben ser tenidas en cuenta por los profesionales de la salud.

3.4. Comorbilidad del trastorno de Pica en la infancia.

Se puede afirmar que la pica raramente cursa sola sino que transcurre en paralelo a otros cuadros diagnósticos, es decir que existe una comorbilidad. Según Belloch, Sandin y Ramos (1995), se entiende por comorbilidad a la similitud de síntomas que se producen entre varios trastornos y donde también se puede dar que dos o más trastornos diferentes cursen de manera conjunta en una misma persona. Se destaca que, cuando se trata de trastornos comórbidos muchas veces algunos de los cuadros pueden pasar desapercibidos o provocar confusión tratándolos de manera inapropiada por lo que es importante identificar la comorbilidad y abordarlos de manera integral destacando la relación recíproca que se da en ambos.

Como se expuso anteriormente, en el caso de los niños es común encontrar a la pica en trastornos generalizados del desarrollo siendo el autismo el cuadro más frecuente en presentar estos síntomas como consecuencia de la fuerte presencia de patrones de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas.

Otro cuadro donde la pica puede formar parte es la esquizofrenia infantil como resultado de uno de los síntomas característicos de este trastorno, el comportamiento desorganizado (Chaskel, 2006).

Pero sin dudas, donde se presenta el mayor porcentaje de comorbilidad es en el caso del retraso mental. Campuzano (2011), afirma que un cuarto de las personas que padecen retraso mental también presentan pica, además explica que en estos casos la conducta de pica suele ser más exótica (ej.: consumo de monedas) y con mayor frecuencia puede producir complicaciones médicas.

Campuzano (2011), considera que es común que los niños que presenten trastornos de conducta y de ansiedad también realicen conductas de pica como una respuesta a diferentes situaciones de estrés, miedo o angustia que atraviesan.

Belloch et al. (1995), establece que los trastornos de ansiedad se caracterizan por compartir síntomas de formas significativas con diferentes trastornos, la ansiedad es una característica central en la mayoría de los trastornos psicopatológicos. Dicho de otro modo, el grado de comorbilidad es muy elevado en los trastornos de ansiedad.

En todos los casos, se afirma que en un principio la pica se desencadena a partir de los cuadros antes nombrados como síntoma de los mismos, pero adquiere entidad propia cuando se cumplen los criterios diagnósticos propuestos por la A.P.A (2002) ya que la

pica empieza a interferir en forma significativa en la vida del individuo, lo que hace que el niño conviva con dos cuadros patológicos que deben ser tratados. Las implicaciones terapéuticas de la comorbilidad que hace que co-ocurrán dos diagnósticos diferentes suele implicar llevar a cabo diferentes estrategias de intervención para cada cuadro (Belloch et al, 1995).

En este sentido es muy importante llevar a cabo un diagnóstico exitoso que descarte las causas y complicaciones médicas antes nombradas, a través de exámenes de sangre o placas para luego abocarse al tratamiento psicológico de la pica (Moura, s/f).

3.5. Tratamiento psicológico.

Como expone Moura (s/f) es común que los niños que sufren los problemas de la pica traigan consigo dificultades en sus relaciones sociales ya que suelen ser señalados por sus compañeros de escuela como consecuencia de sus hábitos extraños viendo dañadas sus habilidades sociales producto del aislamiento, la timidez y encontrando grandes dificultades para entablar relaciones interpersonales.

Al arribar al diagnóstico de pica en la infancia es necesario realizar una anamnesis a través de una entrevista directa y estructurada realizada con los adultos responsables para conocer la descripción de la sintomatología; es decir su antigüedad, desarrollo y frecuencia del hábito de pica como así también se indagan aspectos relacionados a la historia del niño y cual es el grado de influencia que ocupan los síntomas en el desarrollo de la vida cotidiana para de esta forma seleccionar el tratamiento más pertinente (Albajari, 1996).

El tratamiento psicológico de la pica se centra básicamente en enfoques psicosociales, ambientales, de conducta y de asesoramiento familiar. Históricamente se han utilizado técnicas de refuerzo positivo y modelado de conducta (Wilson, 2001). Algunas de las opciones de tratamiento son:

- 1) Tratamiento conductista: Centrándose en los principios básicos de la teoría conductista del aprendizaje, se pone énfasis en el castigo y control de los estímulos reforzando aquellas conductas deseadas. La teoría del condicionamiento operante afirma que la conducta se moldea o mantiene de

acuerdo a sus consecuencias, las cuales pueden ser un reforzamiento positivo, negativo o un castigo. Las opciones en este enfoque están dadas entonces por reforzar la conducta por medio de algo que se presenta (reforzador positivo) o reforzar la conducta por medio de algo que se retira o evita (reforzador negativo). En el caso del castigo, su objetivo es debilitar la conducta y hacerla menos probable, el castigo puede ser positivo donde la conducta pasa a debilitarse por algo que se presenta o negativo donde la conducta se extingue por medio de algo que se retira.

- 2) Terapia de Aversión leve: Emparentada a la teoría antes nombrada, su objetivo es asociar el comportamiento de pica a consecuencias malas o a un castigo acompañado de un refuerzo positivo relacionado con una alimentación adecuada. Se afirma que este tipo de tratamiento es el más eficaz y utilizado en los casos de pica, donde en un primer momento se expone al paciente a un estímulo y al mismo tiempo se le hace experimentar alguna sensación desagradable buscando condicionar al sujeto para que asocie el estímulo con dicha sensación y así extinguir su conducta inadecuada. Las sensaciones desagradables que se utilizan pueden ser muy diversas por ejemplo, aplicar sustancias de sabor desagradables sobre los objetos de pica (Medline plus, 2010).
- 3) Asesoramiento/ Entrenamiento familiar: En este sentido, Viguria Padilla y Mijan De La Torre (2006) comentan que se trabaja con los familiares enseñándole técnicas de recompensa para que efectúen si el niño no incurre en la práctica de la pica. Por ejemplo, si cumplen la meta de no ingerir sustancias no nutricionales durante el día, tendrá una remuneración económica pactada. También se instruye a los padres a modificar los hábitos de estas conductas inapropiadas y se les propone que realicen un entrenamiento con el menor para discriminar entre sustancias comestibles y no comestibles. En etapas más avanzadas, se aborda la comunicación y habilidades sociales.
- 4) Enfoques ambientales y psicosociales: Siguiendo a los autores anteriores, se afirma que en este aspecto el objetivo es corregir el entorno que vulnera al niño a adquirir esos hábitos por ejemplo evitando dejar al alcance del niño aquellos elementos que utiliza como objeto de pica y además se practican respuestas alternativas que sean apropiadas al contexto. También se enseñan técnicas que

ayuden a manejar el estrés en forma adecuada para no incurrir en la práctica de la pica.

Cabe destacar que, generalmente el tratamiento psicológico es suficiente para extinguir la pica sin necesidad de recurrir al uso de fármacos. Los expertos en farmacología afirman que no hay ningún fármaco específico para tratar este trastorno. Solamente en el caso del curso de un trastorno del desarrollo, como ser el retraso mental se ha evidenciado la eficacia de complementar la ayuda psicológica con el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina (Viguria Padilla & Mijan de La Torre, 2006).

3.6. Ansiedad Normal y Ansiedad Patológica.

Como se ha descrito anteriormente, los síntomas y/o un cuadro de ansiedad pueden coincidir durante el curso del trastorno de pica ya que se encuentran íntimamente relacionados producto de la comorbilidad de los mismos.

Para empezar Bulacio (2004), destaca que la ansiedad es un fenómeno pura y exclusivamente humano la cual aparece frente a diversas situaciones estresantes de la vida cotidiana de cualquier sujeto, funcionando como una señal de alerta permitiendo anticipar respuestas relacionadas con la defensa o con el ataque. La defensa puede estar dirigida a amenazas inmediatas o potenciales dependiendo de la valoración cognitiva que el sujeto haga de los estímulos y de su capacidad de respuesta dependiente de la valoración de sus recursos.

Es importante diferenciar que si bien, la misma se desencadena a partir del estrés ambos constructos no son lo mismo ya que la ansiedad es una de las múltiples formas que tiene un sujeto para responder ante el estrés dependiendo del modo en que procesa la información.

Por otro lado, suele confundirse el miedo con la ansiedad ya que la sensación que genera es muy similar al estado por el que atraviesa un individuo con miedo ya que en el organismo se vivencian una serie de síntomas similares cuyo objetivo es adaptarse a la nueva situación y reaccionar de manera adecuada a la misma. En el caso del miedo, el sujeto reconoce el objeto externo que lo amenaza y a partir de esa identificación puede preparar su huida o afrontamiento al mismo siendo una emoción aguda provocada por

un estímulo conocido; pero en el caso de la ansiedad el objeto amenazante es inespecífico ya que el sujeto no lo conoce y se vive un estado emocional más difuso.

En este sentido, se habla de ansiedad normal entendiéndola como una emoción cuya función es adaptativa y que permite acceder a los objetivos propuestos por las personas ejecutándose como una señal de alarma que advierte de un peligro inminente permitiendo tomar medidas para prevenir dicha amenaza o reducir sus consecuencias. En consecuencia, cierto grado de ansiedad es necesario para el manejo normal de las exigencias de la vida cotidiana, permite estar en alerta y mejorar el rendimiento personal y de la actividad de la persona gracias a su naturaleza anticipatoria. La ansiedad normal tiene entonces una utilidad biológica y adaptativa y se trata de una respuesta normal y necesaria. Ahora bien, cuando excede un cierto límite y la misma se generaliza o se transforma en una respuesta rígida se vuelve patológica y no permite acceder a los objetivos ya que es inhibitoria y genera mecanismos desadaptativos convirtiéndose en un problema de salud e interfiriendo de manera significativa en la vida de las personas. La ansiedad patológica surge como respuesta desadaptativa cuando generalmente se anticipa un peligro irreal, es decir que la ansiedad no siempre varía en proporción directa al peligro real y objetivo de la situación sino que ocurre de forma irracional frente a situaciones que carecen de peligro o bien el mismo es escaso (Belloch et al, 1995).

De todos modos, Bulacio (2004) propone no eliminar la ansiedad normal ya que la misma es un mecanismo funcional y adaptativo, por el contrario hay que aprender a convivir con ella sin perder operatividad. A modo de resumen, se exponen las principales diferencias entre ansiedad normal y patológica.

Diferencias entre Ansiedad normal y patológica	
ANSIEDAD NORMAL	ANSIEDAD PATOLÓGICA
<ul style="list-style-type: none"> • Es una respuesta motivada • Es adaptativa (cumple una función para el individuo) • Adecuada y proporcionada al estímulo. • Tiene menor expresión corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Respuesta inmotivada • Desadaptativa (genera un malestar y desadapta al sujeto) • Inadecuada y desproporcionada al estímulo • Hay mayor expresión corporal • Es más frecuente, intensa y persistente.

--	--

Tabla 2. Ansiedad normal y patológica. Fuente: Belloch et.al (1995).

Como se ha aclarado anteriormente, la respuesta de ansiedad puede formar parte de múltiples cuadros clínicos o constituir un trastorno de ansiedad específico. Siendo un síntoma se debe descartar en primer lugar causas orgánicas o tóxicas y luego descartar una patología psiquiátrica con eje en otra sintomatología (Bulacio, 2004).

3.7. Trastorno de Ansiedad: Manifestaciones Clínicas en niños.

Sin dudas, como exponen Bunge, Gomar y Mandil (2010), la ansiedad tiene un impacto negativo en el funcionamiento de los niños ocasionándole un gran malestar para ellos y sus cuidadores. Si bien algunos síntomas pueden disminuir, la mayoría de los trastornos de ansiedad presentes en la infancia no remiten con el tiempo, por esto mismo es importante la detección temprana de los mismos junto con un tratamiento clínico eficaz para mejorar el funcionamiento presente y proteger el desarrollo psíquico a largo plazo. Indudablemente, la ansiedad y los miedos son experiencias comunes en la infancia y es necesario que el niño aprenda a dominarlas.

La ansiedad se presenta en la clínica a través de tres componentes, los cuales son cognitivos; fisiológicos y conductuales:

- 1) **Cognitivos:** Este componente se relaciona con la propia experiencia interna, es decir con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos que realiza un sujeto con ansiedad. En esta dimensión los síntomas están relacionados a sensaciones de miedo, vacío, pánico, inquietud, alarma, despersonalización, dificultades de atención, preocupación excesiva, pensamientos intrusivos etc. En el caso de los niños es frecuente encontrar intensas sensaciones de temor en relación a acontecimientos trágicos que puedan acontecer como ser; el miedo a la muerte de uno de los padres o que a los mismos le suceda algo horrible en su ausencia, también es normal que manifiesten un intenso miedo a hacerle daño a un ser querido o a perder el control y cometer una locura; otras veces se manifiestan ideas repetitivas que se hacen siempre presentes otorgándoles un carácter obsesivo.

- 2) Fisiológicos: El cambio fisiológico más característico consiste en un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, lo que provoca cambios externos e internos, estos son: sudoración, incremento de la tensión muscular, palidez facial, aceleración cardíaca y respiratoria (o en su defecto experimentar la falta de aire), etc. Algunos de ellos pertenecen a funciones corporales que pueden ser controladas en forma voluntaria (como el caso de la respiración) y otros a funciones involuntarias como ser: náuseas, palpitaciones, temblor, etc. Los síntomas somáticos afectan prácticamente a todos los órganos y sistemas.
- 3) Conductuales: En este caso, se presentan los síntomas observables de la conducta los cuales hacen referencia a las respuestas de huida y evitación. Se evidencia entonces un estado de alerta e hipervigilancia, impulsividad, torpeza, dificultad para estar quieto, tensión corporal etc. Raramente, en el caso de los niños esta dificultad se manifiesta como inhibición motriz con dificultad para hablar o moverse.

En términos generales, Mardomingo Sanz (2001) afirma que las manifestaciones clínicas de la ansiedad varían en los niños dependiendo del desarrollo cognoscitivo y emocional que presenten. Además, varios estudios dan cuenta de que aproximadamente un 10 a 20 % de los niños en población general y entornos de atención primaria muestran niveles de ansiedad clínica desadaptativa (Sakolsky & Birmaher, 2008; Chavira, Stein & Bailey, 2004)

En el caso de los niños en edad escolar los síntomas de ansiedad que se evidencian en la práctica clínica están vinculados con la excesiva preocupación por la competencia, la extrema necesidad de reafirmación, el temor a que una de las figuras principales del entorno sufra algún daño y los síntomas somáticos. En este sentido, siguiendo la clasificación de los trastornos de ansiedad se establece que durante la etapa media de la infancia prevalecen los trastornos de ansiedad por separación, las fobias específicas y el trastorno de ansiedad generalizada (Parrado, 2007).

En relación al abordaje terapéutico de la ansiedad según Camerini (2005), hay evidencia de que el tratamiento más eficaz es el otorgado por la terapia cognitiva conductual. En esta línea de trabajo, se busca actuar en los tres niveles antes nombrados donde la ansiedad se manifiesta (fisiológico, conductual y psicológico) con el objetivo de lograr

disminuir las respuestas fisiológicas, eliminar la conducta elusiva y cambiar las interpretaciones subjetivas que perturban el desarrollo normal del sujeto.

3.8. Trastorno de pica y su correlato con la ansiedad.

Al abordar la comorbilidad del trastorno de pica con los síntomas de ansiedad, se ha evidenciado que es posible que ambos cuadros interaccionen desarrollándose de manera simultánea en el paciente. La conducta de pica genera un apetito persistente hacia ciertas sustancias no nutritivas que le permite al sujeto que la padece experimentar una sensación de alivio frente a ciertas circunstancias que le generan ansiedad. La sensación de tener algo en la boca suele aliviar la tensión y permite descargar la ansiedad que se experimenta. Se afirma que las personas que con frecuencia experimentan una tensión nerviosa, frustración o ira son más propensas a sufrir este hábito. La tensión nerviosa se define como un estado de excitación provocado por presiones ambientales externas (Moura, s.f).

Cabe destacar que, en sujetos donde no se manifiestan otros trastornos psíquicos, los mismos tienen plena conciencia de la conducta de pica que llevan a cabo siendo los síntomas egosintónicos y funcionales a su comportamiento.

Considerando que la terapia cognitiva es el método más efectivo en el tratamiento de la sintomatología de la ansiedad y que a su vez los enfoques conductuales son los más utilizados en el abordaje del trastorno de pica, se considera que la combinación de los métodos cognitivos y conductuales pueden ser los más exitosos para el tratamiento de estos dos cuadros.

Desde la perspectiva cognitiva conductual, Friedbeg y McClure (2005), proponen tener presente la etapa de la terapia en la que se encuentra el niño, si son las fases iniciales generalmente se utilizan técnicas de automonitorización y procedimientos sencillos para que el niño sea capaz de identificar sus pensamientos, emociones y conductas que llevan a realizar el acto de deglutir sustancias tóxicas.

Paralelamente se abordan los síntomas de ansiedad a través de intervenciones conductuales que incluyen técnicas de relajación y de desensibilización sistemática.

A medida que se avanza en el tratamiento, se prosigue con técnicas cognitivas y de entrenamiento en habilidades sociales.

3.9. Tratamiento para la pica y ansiedad desde un abordaje Cognitivo Conductual.

3.9.1 Terapia Cognitiva Conductual

Históricamente, esta corriente encuentra sus orígenes en 1956 con los valiosos aportes de Albert Ellis y su terapia racional emotiva conductual, la cual proponía que las personas no se alteran por los hechos que le acontecían sino por lo que piensan acerca de los mismos. En 1962 Aaron T. Beck toma estos postulados e inicia una nueva propuesta psicoterapéutica denominada Terapia Cognitiva, en principio diseñada para el abordaje de la depresión bajo el postulado fundamental que afirma que el modo en que las personas interpretan las situaciones ejercerá una influencia en las emociones y su posterior conducta (Beck, 2000).

De esto se desprende que entre pensamiento, emoción y conducta hay una íntima relación de interacción mutua, La terapia cognitiva encuentra grandes influencias en la teoría del aprendizaje social de Bandura, la cual supone que el entorno como así también las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente (Bunge, Gomar & Mandil, 2008).

Se trata de una práctica psicoterapéutica de base empírica que cuenta con una estructura y que a su vez es directiva, activa, estructurada, limitada en el tiempo y orientada a metas precisas que lleva a la resolución de problemas para trastornos psiquiátricos (Baringoltz, 2008).

Como expone Bunge et.al. (2010), la terapia cognitiva entiende los desórdenes psíquicos como modos de procesamiento de la información con una tendencia a ser sesgados, rígidos y desadaptativos para la persona, ocasionándole un gran malestar. Por ello, su objetivo reside en flexibilizar dichos modos patológicos de procesamiento de la información para lograr que la persona pueda actuar de manera más adaptativa.

Siguiendo la línea de estos autores, el modelo busca modificar las creencias disfuncionales y desadaptativas que trae el paciente y para eso también utiliza técnicas

conductuales que buscan no solo cambiar la conducta sino también eliminar las cogniciones asociadas a conductas específicas.

En este punto, la terapia cognitiva afirma que la interpretación de las situaciones estaría determinada por una serie de elementos:

A) Esquemas: Son estructuras funcionales de representaciones de conocimiento de la experiencia anterior cuyo objetivo es guiar la búsqueda, codificación, organización y almacenaje de la información. Estos esquemas suelen ser rígidos, globales y concretos provocando que los mismos sean en algunos casos disfuncionales, a su vez tienen cuatro componentes: comportamientos, emociones, respuestas fisiológicas y la dimensión cognitiva. Dentro del aspecto cognitivo del esquema se encuentran las creencias.

B) Creencias Nucleares: Son representaciones de la realidad sobre la propia persona, los demás y el futuro, caracterizadas por ser estables y consideradas como verdades absolutas.

C) Creencias intermedias: Su contenido limita la manera de pensar, sentir y actuar frente a las demandas ambientales, por lo que a partir de sus efectos en el entorno tienden a auto confirmarse.

D) Pensamientos Automáticos: Son más situacionales, específicos, rápidos y casi imperceptibles para las personas.

Camerini (2005), establece que gracias a la unión de las teorías de Ellis y Beck, sumado a nuevos desarrollos como la terapia de los esquemas y orientaciones integradoras, conductuales y sociales, se incorpora al campo de las psicoterapias la corriente que hoy se conoce como cognitiva conductual. Lo que busca es reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes, mediante la modificación del pensamiento erróneo y las creencias desadaptativas que subyacen a estas reacciones. Como consecuencia, se logra una modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales).

En otras palabras, los terapeutas cognitivos conductuales intervienen en el nivel cognitivo-conductual para influir en los patrones de pensamiento, conducta, emoción y reacciones fisiológicas mediante un trabajo de colaboración entre el paciente y el

terapeuta combinando técnicas cognitivas y conductuales (Friedberg & McClure, 2005).

3.9.2 Terapia Cognitiva Conductual en niños.

El abordaje cognitivo conductual de niños tiene como objetivo mejorar las respuestas cognitivas, emocionales y conductuales desadaptativas de los mismos y de su entorno. Si bien mantiene esta premisa básica, hay ciertas características y dificultades que la diferencian del tratamiento con adultos. En primer lugar, generalmente los niños no acuden a terapia por propia voluntad sino que lo hacen por medio de sus cuidadores a partir de derivaciones por presentar dificultades psicológicas o generar problemas en algún subsistema (familia, escuela). Tampoco pueden decidir cuando continuar o dejar el tratamiento, su grado de implicación es menor y presentan intereses y capacidades intelectuales diferentes a los adultos.

Aun así, se afirma que la psicoterapia cognitiva conductual es eficaz en esta población, contando con grandes avances en diversas áreas ya que cuenta con tratamientos específicos para trastornos específicos.

Bunge et.al (2010) sostienen que con los niños pequeños, el tratamiento pone su foco de atención dentro del propio entorno natural y además se busca diferenciar las emociones de los pensamientos y a su vez, clarificar a los mismos.

Dichos autores demuestran que el terapeuta infantil debe adoptar una postura activa cumpliendo diversas funciones, como ser:

- 1) Diagnosticador: Esto implica valorar múltiples fuentes de información (padres, hermanos, docentes, médicos etc.) para poder realizar una adecuada síntesis del problema y recopilar más información, más allá de la comunicada por los participantes del problema.
- 2) Consultor: Supone trabajar de manera colaborativa con el paciente en la búsqueda de soluciones encuentre maneras de hallarlas por si mismo.
- 3) Educador: Se debe ofrecer y transmitir estrategias que permitan incorporar habilidades cognitivas y comportamentales que estén al alcance del niño al momento de enfrentar solo situaciones difíciles.
- 4) Mediador: Es probable que no siempre sea necesaria esta función, pero cuando lo amerita se debe ejercer con precisión.

Una vez arribado al diagnóstico, el primer paso en el trabajo con niños es la conceptualización del caso; que facilita la tarea del terapeuta de acuerdo a las circunstancias de cada paciente. Además estipula la elección de las técnicas a aplicar, el modo en que se implementan y la forma en que se evalúan los progresos. La formulación del caso es un proceso dinámico y fluido que obliga a elaborar hipótesis y verificarlas de manera constante a lo largo del proceso de tratamiento (Friedbeg & McClure, 2005).

3.9.3 Intervenciones Conductuales:

Dentro de las técnicas conductuales, las referidas al condicionamiento, uso de reforzadores y modelado son las intervenciones clásicas para extinguir la conducta de pica. Estas últimas, se basan en un proceso de aprendizaje observacional donde la conducta de un individuo o un grupo actúan como modelo estímulo para modificar o generar nuevas conductas o pensamientos en la persona que observa el modelo. Ahora bien, si se utiliza la técnica de condicionamiento se busca que si un estímulo provoca una conducta, se lo pueda asociar con otro estímulo distinto para que cuando se produzca este también se siga aquella conducta. Además de las antes nombradas, las técnicas de relajación son eficaces en el tratamiento de la pica y de los síntomas de ansiedad.

En el contexto de la terapia conductual, se presenta a la relajación como una habilidad de afrontamiento de situaciones que puede ser implementada cuando se crea necesario. Es necesario que el terapeuta explique y enseñe las técnicas de relajación en forma adecuada y agradable, exponiéndole las diferentes opciones de técnicas para que el niño elija la que sea de mayor agrado. Un punto satisfactorio es que se puede adaptar a la edad del niño y dependiendo de ello, el terapeuta puede participar activamente de los ejercicios, o por el contrario posicionarse de espaldas al mismo para que este pueda practicarlos sin sentirse observado (Bunge et.al, 2010).

Friedbeg y McClure (2005) explican que los ejercicios de relajación permiten aumentar el reconocimiento de las diferentes sensaciones afectivas por medio del incremento de la percepción del propio cuerpo.

Un ejemplo es la relajación muscular progresiva, donde se enseña a los niños a apretar y luego relajar secuencialmente varios grupos musculares mientras toman conciencia de

los síntomas psicológicos de tensión y estrés que antes pasaban inadvertidos. En el caso de la ansiedad, también es de gran utilidad el uso de imágenes planeadas para ayudar a elegir, tensar y relajar los grupos musculares que se asocian principalmente con la ansiedad.

También se utiliza como herramienta la respiración profunda, la cual puede ser transmitida a los niños a través de juegos de imágenes o ejercicios instructivos donde se les muestra los beneficios de la misma respirando sucesivas veces en forma corta y rápida y luego de manera profunda y relajada para percibir los cambios en su cuerpo. Esto hace que se evoquen sentimientos de ansiedad y de relajación por medio de los músculos tensos y luego relajados, sugiriéndole al niño un punto de intervención para poder alterar sentimientos que antes era desconcertantes e inmanejables.

Otra herramienta conductual clásica es la desensibilización sistemática propuesta por Wolpe, que consiste en un proceso de contracondicionamiento que se utiliza para reducir la ansiedad y que implica emparejar estímulos que generan dicha sintomatología con un agente que produce un contracondicionamiento. Se constituye de diferentes pasos, donde primero se divide el miedo en sus elementos constituyentes, luego se los puntúa y se establece una jerarquía; a partir de aquí el procedimiento empieza con el elemento más bajo de la jerarquía y se le pide al niño que se relaje invitándolo a imaginar una escena agradable, cuando llega a la relajación se le presenta el primer elemento y se pide que haga alguna señal si experimenta ansiedad. A medida que el niño va dominando las escenas, se avanza en la jerarquía hasta alcanzar el nivel más intenso de miedo.

3.9.4 Intervenciones Cognitivas:

Este tipo de intervenciones están enmarcadas en lo que se conoce como terapia cognitiva de segunda generación en donde se enfatiza el lugar de las cogniciones en la mediación de los trastornos psicológicos intentando aliviar el malestar del paciente modificando el contenido y procesamiento cognitivo. Ahora bien, para lograr esto es necesario enfrentar a la persona con sus pensamientos disfuncionales y enseñarle a identificarlos, reconociendo los efectos que tienen los mismos sobre las emociones y la conducta. Cabe aclarar que no se pone en tela de juicio todas las cogniciones sino solo aquellas que sean disfuncionales, rígidas, estables y desadaptativas (Seligman, 1995).

Friedbeg y McClure (2005) proponen que antes de introducir las intervenciones cognitivas, es necesario enseñarle al niño a identificar las emociones para que pueda discriminar diferentes sentimientos y luego pasar al abordaje de las cogniciones.

En el trabajo con niños esto se lo conoce como registro diario de pensamientos donde se le pide al paciente que a partir de una situación problemática identifique el pensamiento automático y que vincule el mismo con una emoción y una conducta.

Bunge et.al (2010) demuestran que si bien este es el método más tradicional, hay diferentes modos de cuestionamiento de cogniciones que se pueden usar adaptándolos a la edad del niño y a su situación. En síntesis, lo que se busca es que el niño identifique y evalúe sus pensamientos, reconozca la relación que tienen con la emoción y la conducta y como última instancia pueda hacer una reestructuración cognitiva. Algunos ejemplos útiles para el abordaje de la pica y ansiedad son:

- Evidencias a favor y en contra: A partir de un hecho, se busca identificar la creencia y buscar pruebas que la refuten y que la avalen.
- Problema multicausal: Implica trabajar con el paciente en la construcción de nuevas explicaciones acerca de las posibles causas de un problema determinado, para luego cuestionar los pensamientos automáticos.
- Toma de perspectiva: Se intenta que el niño identifique algún pensamiento alternativo más funcional que le diría a una persona que se encuentra atravesando el mismo problema que el.
- Costo/ beneficio: Consiste en poner en una balanza los pro y contras de una situación determinada o de una manera de resolver la misma.
- Utilidad: Se busca, a partir de un razonamiento que puede ser cierto y razonable demostrar que utilidad tiene para el paciente el mismo y que le sería útil hacer a pesar de la existencia de ese pensamiento.
- El problema es generado por la situación o por los pensamientos: Se basa en evaluar si el malestar se genera por la situación o bien por lo pensado sobre la misma.

También, es común la utilización de tareas para casa, cuyo objetivo central es facilitar la adquisición de diferentes habilidades y fomentar la aplicación en situaciones de la vida real, fuera del entorno de la terapia. Es importante que el terapeuta se asegure que el

niño sienta que la tarea le pertenece por eso se debe diseñar en colaboración para que pueda implicarse (Friedberg & McClure, 2005).

3.9.5 Psicoeducación y Habilidades Sociales:

La psicoeducación es un elemento básico en cualquier psicoterapia de abordaje cognitivo y la misma se caracteriza por brindarles al pequeño y su familia información sobre determinados aspectos del problema que lo trae al consultorio.

Bulacio y Vieyra (2003) la describen como un proceso que da la posibilidad de desarrollar y fortalecer las capacidades de los pacientes para afrontar distintas situaciones de manera más efectiva. En un principio este término estaba orientado a los pacientes con esquizofrenia, depresión, ansiedad o trastornos de personalidad pero luego su uso fue extendiéndose para todo tipo de patologías.

Friedberg y McClure (2005), admiten que también se la puede denominar como la adquisición de habilidades ya que en este aspecto, si el nivel cognitivo del niño lo permite, se le puede explicar por ejemplo diferentes modelos sobre el funcionamiento de la ansiedad.

El objetivo final es que el niño entienda y tenga herramientas para manejar la patología.

Al hacer psicoeducación con las familias, es necesario proveerlos de información acerca de la etiología, el curso, los síntomas y el tratamiento terapéutico que se llevará a cabo.

La adquisición de habilidades o psicoeducación, debe ser otorgada por el terapeuta de un modo gradual y claro, considerando que un exceso en la información que se brinda a los familiares o al paciente puede ser perjudicial.

Ahora bien, siguiendo a los autores antes nombrados si bien la psicoeducación es la adquisición de habilidades, la psicoterapia se centra en la aplicación de habilidades como el espacio donde se invita a hacer uso de las habilidades adquiridas bajo la psicoeducación en momentos de malestar emocional.

Caballo (2005), explica que el término habilidad hace referencia a una destreza o capacidad, pero unida al término social revela una impronta de acciones en intercambio mutuo con los demás.

Las habilidades sociales son entendidas como una serie de conductas aprendidas que se ponen en juego en diferentes situaciones interpersonales, brindándole al sujeto más

posibilidades de conseguir sus objetivos mediante el dominio de habilidades de comunicación de sus sentimientos, actitudes y deseos expresándolos de modo adecuado a la situación. Las mismas inciden en la autoestima, en la adopción de roles y autorregulación del comportamiento entre otros aspectos; en la infancia su adquisición esta delimitada por los grupos primarios y las figuras de apego que inciden en el comportamiento interpersonal del niño. Dada su importancia, padecer una dificultad de expresión o déficit en el manejo de las mismas conlleva a relacionarse con varios trastornos como ser la ansiedad.

Si bien es un constructo que genera controversias, se afirma que un sujeto que cuenta con un buen manejo de sus habilidades emocionales y sociales puede operar de manera eficaz en su entorno, por ende es importante llevar a cabo un entrenamiento de la misma en la práctica clínica. Las habilidades sociales a entrenar dependen de la necesidad del paciente y pueden estar orientadas a aspectos tales como la socialización, comunicación, solución de conflictos, toma efectiva de decisiones, el manejo de emociones etc.

4. MÉTODO

4.1. Tipo de estudio

Descriptivo, de caso único.

4.2. Participante

Se trabajó con un niño de 11 años de edad, llamado Alex para guardar su identidad, quien llega a la consulta a través de su madre. La misma manifiesta recibir notificaciones por parte del establecimiento escolar y observar en su hogar, que el pequeño realiza conductas de deglución de sustancias no alimenticias algunas de ellas son: corrector de tinta, papel, punta de lápices, plasticola, jabón, dentífrico y objetos de plástico.

Alex es el menor de varios hermanos, convive con sus padres y dos de sus hermanos mayores. La conducta de pica aparece en medio de conflictos familiares y sus síntomas datan de al menos un mes al momento de la consulta inicial.

4.3. Instrumentos

Para la recolección de datos se utilizaron las siguientes técnicas.

- Observación participante: Se observó en forma activa al niño en su proceso de psicoterapia cognitiva conductual.
- Historia Clínica para la Evaluación Psicológica: Entrevista semiestructurada que indaga el motivo de consulta; los datos sociodemográficos del niño y su familia; descripción de cómo está conformada la familia; antecedentes familiares de drogas, alcohol y/o enfermedades mentales; antecedentes de enfermedades medicas o de tratamientos psicológicos previos y realiza un diagnóstico presuntivo según el DSM IV TR. Se aplicó a los padres al comienzo del tratamiento.
- Escala de Achenbach CBCL. Instrumento auto administrable o administrado a través de una entrevista, dirigida a padres de niños de 4 a 18 años que se utiliza al comienzo y mitad del tratamiento para medir el cambio del niño durante el proceso psicoterapéutico, basada en la teoría de Achenbach (1991). Escala tipo Likert que evalúa competencias, comportamientos o problemas emocionales de los niños durante los últimos 6 meses. Consta de 113 ítems que indagan la conducta y que deben ser respondidos puntuando en una escala de 0 a 2, donde 0 corresponde a nunca; 1 a veces y 2 bastante para señalar hasta qué punto el niño presenta la conducta. Las respuestas reciben una puntuación entre 1 y 2 puntos. La escala cuenta con estudios de confiabilidad (con un rango de valor test retest de 0,95 a 1,00 y de consistencia interna de 0,78 a 0,97) y de validez de criterio, la cual se evaluó y se considera aceptable (Samaniego, 1998). La escala solo ha podido ser administrada por la psicóloga residente al comienzo del tratamiento.
- Entrevistas Clínicas: Realizadas en el marco del tratamiento psicoterapéutico y llevadas a cabo en forma individual con los padres al comienzo del tratamiento para recabar datos del motivo de consulta, datos filiales, la historia del problema psicológico, los factores que lo desencadenaron y las soluciones intentadas. Al finalizar el tratamiento se intentó llevar a cabo una entrevista de devolución para evaluar el cumplimiento de los objetivos planteados al inicio de

la terapia, pero la misma no pudo ser efectuada. Con el niño se realizaron entrevistas semiestructuradas, al inicio del proceso para recabar datos de las diferentes áreas afectivas, cognitivas e intrapersonales.

4.4. Procedimiento

La realización del presente caso de TFI dio su inicio a partir de una entrevista de admisión semiestructurada con la madre de Alex para recolectar información del caso, de la conducta del menor y su estructura familiar. De esta entrevista se infiere un caso de trastorno de pica con presencia de síntomas ansiosos y se da inicio al tratamiento previo a solicitar un consentimiento informado que permita iniciar el proceso psicoterapéutico con el niño

A partir de aquí se realizaron encuentros con el niño una vez por semana durante aproximadamente un mes y medio, en un periodo de duración de cuarenta y cinco minutos. En las mismas se abordó la problemática traída a consulta mediante diferentes técnicas cognitivo conductuales. Al cabo de aproximadamente cinco encuentros con Alex, se procedió a analizar el caso a partir de las intervenciones realizadas, para poder conducir a la efectividad del tratamiento psicoterapéutico realizado.

Todas las entrevistas fueron llevadas a cabo por un psicólogo del servicio de Psicología de Pediatría del Hospital , las cuales fueron observadas activamente por la pasante y supervisadas por la Dra. Nora Gelassen.

5. DESARROLLO

5.1. Historia del desarrollo y descripción de la sintomatología de Pica y Ansiedad

5.1.1. Entrevista a padres

La evaluación de la sintomatología de pica y ansiedad fue llevada a cabo en primera instancia por medio de una entrevista de admisión a los padres, la cual tuvo lugar en los consultorios del hospital y fue efectuada por la coordinadora del servicio. Se administró una entrevista semi estructurada, denominada historia clínica para la evaluación psicológica.

A la primera entrevista de admisión a padres solo concurre D, la madre del menor, manifestando un grado elevado de preocupación por las notificaciones escolares recibidas donde se le informa que el niño realiza conductas de deglución durante el transcurso de las clases y además admite que en el último tiempo ella observa las mismas conductas en el hogar.

Al momento de la consulta Alex se encuentra cursando 5to grado y su familia esta compuesta por sus padres y varios hermanos, siendo el menor de ellos. Su madre es ama de casa y su padre realiza trabajos de carpintería, en la casa familiar conviven solo dos de los hermanos de Alex debido a que los mayores viven con sus parejas e hijos. Dentro de los hermanos convivientes se mencionan a C de 17 años y a M de 15, la madre destaca que solo M y Alex concurren al colegio sin explayarse demasiado. Al indagar sobre el área académica del niño, D afirma que no tiene mayores dificultades en el aprendizaje y que obtiene buenas calificaciones. Aun así, los problemas escolares se manifiestan a partir de las burlas de los compañeros por la conducta de pica, donde Alex se pone nervioso y agrede física y verbalmente a los mismos sin aceptar los llamados de atención de los docentes. Hasta el momento de la aparición de esta sintomatología, el niño no tenía ningún problema con sus pares ni directivos. Además comenta que en su hogar lo ve más agresivo e irritable.

Al indagar sobre antecedentes familiares de alcohol y/o drogas, la mamá refiere que su marido consume alcohol y que el último tiempo al embriagarse comete actos de violencia física sobre ella que algunas veces fueron presenciados por el niño, de los cuales nunca realizó una denuncia. Por otro lado, en el último año C se ha visto involucrada en el consumo de drogas (cocaína y marihuana) lo que ha generado varios conflictos y discusiones familiares que culminan frecuentemente con la ida del hogar de la menor en forma temporaria para luego de unos días regresar a la casa materna. Ninguno de los dos se encuentra en tratamiento por estas problemáticas.

D afirma que a partir de todas estas circunstancias, adheridas a la mala situación económica que atraviesan en la familia por problemas laborales la ha llevado a estar los últimos cuatro meses sumergida en un estado de tristeza permanente.

En lo que refiere a Alex, la madre comenta que como consecuencia de estas situaciones vividas en el hogar encuentra al niño muy irritable, nervioso e impulsivo y refiere reiterados dolores de cabeza o barriga. Además, remarca que los problemas escolares comenzaron luego de los cruces familiares.

Los integrantes de la familia y el niño no tienen antecedentes de tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos como así tampoco de enfermedades médicas o mentales.

En relación a la sintomatología presentada por Alex, su madre comenta que la conducta de pica aparece aproximadamente hace cuatro meses con más insistencia en los últimos dos meses al momento de la consulta. El menor ingiere plasticola, papel, líquido corrector, puntas de lápices, jabón, crema de manos, dentífrico y algunos objetos de plástico (como ser, llevarse a la boca las tapas de desodorante). Por otro lado, el niño no discrimina los momentos en que lleva a cabo esta práctica; es decir que lo hace en forma pública y privada.

Antes de concluir la entrevista se administró a la madre la escala de Achenbach CBCL, explicándole que la misma busca conocer y recabar los problemas emocionales o comportamentales de los niños en los últimos seis meses y que además sirve para evaluar si se realizan cambios significativos durante el proceso psicoterapéutico en relación al comienzo y fin del mismo. De la misma se sustraen aquellos ítems donde la madre ha puntuado las diferentes situaciones propuestas como de aparición frecuente o relativamente frecuente. Se ha encontrado puntuaciones altas en los ítems relacionados a problemas en el área de manejo de habilidades sociales, ansiedad, conductas de pica y agresividad.

Para culminar, se pactó con la madre el encuadre terapéutico y se propusieron llevar a cabo al menos 4 o 5 encuentros con Alex para trabajar la problemática y a su vez se sugirió que D inicie un tratamiento individual de psicoterapia para abordar su estado de tristeza y desgano.

De la entrevista realizada se puede extraer, tomando los criterios diagnósticos del DSM IV-TR (2002), que Alex presenta una alteración persistente en la conducta alimentaria clasificada como un trastorno de pica; ya que cumple la característica principal de ingestión persistente de sustancias no nutritivas. Además, este comportamiento convive con el niño hace más de un mes según lo comentado por su madre (Criterio A) y es inadecuado evolutivamente (Criterio B) ya que se trata de un niño de once años y la conducta no forma parte de prácticas que sean sancionadas culturalmente (Criterio C) ya que el niño las realiza de manera indiscriminada en lugares públicos y/o privados.

Si bien, como propone Ajuriaguerra (1996) el objeto de pica puede ser invariable; este niño presenta interés por varios materiales a la vez con un predominio hacia la práctica de paperofagia y plasticofagia. Al no hallarse antecedentes de enfermedades médicas o trastornos mentales, se descartan las causas de este tipo. Es importante descartar que la conducta no sea derivada de un retraso mental ya que el mismo es un trastorno de amplia comorbilidad con la pica pero en el caso de Alex, se trata de un niño con un nivel cognitivo acorde a su edad.

Dadas las situaciones problemáticas que se dan el último tiempo en el hogar con el padre del menor y su hermana C, se infiere que la sintomatología es desencadenada en forma paralela a estos conflictos y que la misma se ve incrementada cuando se generan ambientes de tensión en la vivienda. Esto permite pensar, como aportan varios autores que la pica es exacerbada por el ambiente hostil (Almonte & Montt, 2003; Chaskel, 2006).

En relación a la conducta tensa, irritable e impulsiva sumado a los dolores físicos que hace mención la madre, se puede evidenciar signos y síntomas relacionados con la ansiedad ya que como describe Campuzano (2011) la pica y la ansiedad funcionan como una respuesta a diferentes situaciones que pueden estar generando estrés o angustia en las personas. A partir de esto se demuestra que la pica, adherida a los síntomas de ansiedad que presenta Alex empieza a interferir en forma significativa en su vida generando constantes llamados de atención en el colegio y dificultades con sus docentes, compañeros y familiares.

Respecto a la escala de Achenbach (1991), la misma propone clasificar a los trastornos comportamentales más frecuentes de la infancia desde dos polos opuestos: internalidad y externalidad. La internalidad hace referencia a conductas inadecuadas que el niño realiza dirigidas hacia el mismo (como ser, ansiedad y aislamiento) mientras que la externalidad contempla las conductas disruptivas hacia los otros. En este sentido, siguiendo al autor se observa que se trata de un niño que presenta por un lado conductas inadecuadas sobre su persona al presentar sintomatología relacionada a la ansiedad, pica y aislamiento social, pero que a su vez lleva a cabo conductas disfuncionales hacia los otros ya que se obtiene una puntuación significativa en torno a las conductas agresivas y hostiles. También, en un rango intermedio del polo de externalidad se evidencian carencias en el manejo de habilidades sociales.

Aquí se exponen algunas de las frases que obtuvieron mayor puntuación en la escala y que reflejan las conductas inadecuadas efectuadas por Alex.

Síntomas	Internalidad	Externalidad
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> • No puede permanecer sentado tranquilo • Es muy inquieto. • Se come las uñas. • Manifiesta dolores de cabeza y estomago. 	
Aislamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Le gusta estar solo. 	
Pica	<ul style="list-style-type: none"> • Come cosas que no son comestibles: lápices, plasticola. 	
Agresividad	<ul style="list-style-type: none"> • Destruye sus cosas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Destruye cosas de otros. • Se mete en peleas. • Ataca físicamente a personas. • Se junta con chicos problemáticos.
Hostilidad		<ul style="list-style-type: none"> • Desobedece en casa y en la escuela. • Insulta.
Déficit en Habilidades Sociales		<ul style="list-style-type: none"> • Dice mentiras o hace trampas. • Carga a los demás.

Tabla 3. Respuestas de Escala Achenbach. Fuente: Producción propia.

5.2.1 Entrevista con Alex.

Alex llega al primer encuentro un poco tenso y a priori se muestra reticente para hablar, aludiendo un leve dolor de cabeza y malestares estomacales, por ende el psicólogo del

equipo a cargo de la psicoterapia hace que lentamente entre en confianza y el niño comenta que su mamá lo trae a la consulta porque en la casa y colegio se quejan de su hábito de comer y morder diferentes elementos. Además, admite que esta situación le trae varios problemas ya que recibe burlas por parte de sus compañeros y responde a las mismas con agresividad verbal y física. Durante el transcurso de la entrevista, Alex presentó permanentemente un balanceo de sus piernas.

Para empezar, se le explicó que las sesiones tenían como objetivo brindarle un espacio terapéutico para ayudarlo a enfrentar estas situaciones, trabajando en conjunto para generar herramientas que le permitan buscar alternativas de resolución de problemas.

A continuación se indagaron cuestiones de la vida cotidiana de Alex y se interrogó sobre esos momentos en que tiene la necesidad de ingerir sustancias no comestibles. Comenta que no sabe bien porque lo hace, pero que cuando se siente enojado o nervioso por alguna situación se siente más aliviado al realizar esta práctica. Se le pregunta por la última vez que llevo a cabo esta conducta y refiere que en ese mismo día recibió una notificación del colegio para los padres por estar comiendo líquido corrector y que el día anterior su madre lo encontró comiendo papel mientras miraba la televisión.

Abordando esas situaciones que le causan enojo, con angustia comenta que la situación con su hermana C le genera mucha bronca ya que por su culpa se generan discusiones en la familia y su mamá está muy triste. Afirma que desearía que C se vaya de la casa, justificando que así su padre dejaría de gritarle a su madre y no tomaría tanto alcohol ya que ambos se ponen nerviosos porque C no deja de consumir cocaína y se presenta en el hogar en condiciones desfavorables. En medio de la angustia, pide para tomar agua que se le sirve en un vaso de plástico, el cual una vez vaciado de contenido y continuando con el relato empieza a morder de manera permanente. Por otro lado, manifiesta una constante preocupación por el estado emocional de su madre afirmando que teme que le suceda algo malo.

Respecto a la relación con sus docentes y pares, explica que al recibir burlas por su conducta él hace lo mismo con sus compañeros y si lo molestan en un grado elevado, ejerce violencia física, rompe los útiles de los demás e insulta a los docentes. Refiere que no tiene amigos, que el resto del día lo pasa jugando a la pc y que los problemas son ocasionados por los demás (o en su hogar por C) ya que si a él no lo molestan, no reacciona.

De lo observado en esta entrevista y primer acercamiento con Alex, se extrae que según lo descrito en el estudio comentado por Ravinder y Ritu (2005), si bien el paciente presenta un historial de pica no hay manifestaciones clínicas significativas que hablen de la existencia de algún tipo de complicación ya que no se observan síntomas de ataxia en la coordinación ni irritabilidad, aun así se describe sintomatología ligada a dolores de cabeza y abdominales producidos probablemente por el estado ansioso que presenta el niño.

Describiendo dicho estado y siguiendo a Bunge et al (2010), Alex presenta síntomas de ansiedad cuando vive alguna situación tensa en su casa o cuando discute en el colegio, con un predominio de los ya anteriormente mencionados síntomas fisiológicos y algunos síntomas conductuales manifestados por la impulsividad (lo que lo lleva por ejemplo, a romper los útiles de sus compañeros), tensión corporal y la dificultad que presenta para estar quieto. En relación a los síntomas cognitivos, hay una clara preocupación excesiva en torno a la figura de su madre ya que el mismo manifiesta que teme que le suceda algo malo.

Respecto al trastorno de pica y la íntima relación que mantiene con la ansiedad, se pudo observar que el pequeño reconoce que este apetito insistente que tiene hacia ciertas sustancias lo llevan a vivenciar una sensación de alivio aunque si bien no identifica en forma completa que situaciones lo llevan a realizar esta conducta, puede registrar que al hacerlo alivia la tensión e ira. Esto se condice con lo expuesto por Moura (s/f), donde aquellas personas que experimentan un estado de frustración o ira son más vulnerables a padecer este hábito provocado por presiones ambientales externas.

Claramente, puede llevar a cabo esta práctica cuando tiene algún problema con sus compañeros en el colegio pero se evidencia que la situación que más le perturba a Alex es aquella que vive en el hogar con su hermana C. Si bien, no es un problema generado por el se ve sumamente afectado y angustiado. Esto se esclarece en el momento que relata los acontecimientos vividos con su hermana y empieza a morder un vaso de plástico. Lo que demuestra que, siguiendo los lineamientos de Ravinder y Ritu (2005), el niño realiza este acto con el fin último de aliviar tensión y evitar estas situaciones que le generan malestar.

Es de destacar que, al momento de la descripción de la sintomatología se observa que el relato de la madre coincide con lo expresado por el niño en la entrevista. Además, se verifica la convivencia del cuadro de pica con los síntomas ansiosos.

Como se descartan causas y complicaciones medicas pero se evidencia que conviven dos cuadros psicopatológicos que merecen atención en forma conjunta, se lleva a cabo un tratamiento psicológico con orientación cognitiva conductual abarcando diferentes estrategias de intervención para los dos cuadros.

5.2. Tratamiento cognitivo conductual: Intervenciones terapéuticas

5.2.1. Psicoeducación

Al tratarse del primer acercamiento de Alex hacia el tratamiento y considerando la gravedad que la práctica de pica conlleva para la salud, se eligió en primera medida llevar a cabo una psicoeducación con Alex con el fin de explicarle las consecuencias que puede padecer a futuro si continúa con este hábito. En líneas generales, se le explicó que el problema que padece es conocido como pica, informándole el significado de la palabra, las poblaciones que se ven mas afectadas y que el mismo puede ser combatido. De esta manera se lo invitó a reflexionar respecto a la consumición de materiales tóxicos para su organismo, explicándole que además del dolor bucal que le puede generar puede contraer infecciones, complicaciones en el aparato digestivo e intoxicaciones graves.

En este sentido, se rescató el registro que tiene Alex de su conducta ya que en ningún momento negó los hechos, aunque en ese momento no puede identificar exactamente porque lleva a cabo la práctica muestra una actitud de aceptación de su problema y se ve dispuesto a colaborar.

Por otro lado, retomando los malestares físicos que padece y las sensaciones de tensión, irritabilidad y malestar el psicoterapeuta le comenta que son normales y muchos niños las padecen ya que son producto de la ansiedad que le generan algunas situaciones estresantes que se producen en la vida cotidiana, pero que pueden ser controladas. El terapeuta plantea que todas esas cosas que ha sentido o siente son esperables que sucedan frente a los problemas que le tocan vivir en su hogar, por lo tanto es comprensible que vivencie ese tipo de emociones.

En este punto, se le brindó información acerca de lo que significa la ansiedad como una emoción normal y la función adaptativa que cumple para todos los individuos ya que permite accionar de manera efectiva frente a los acontecimientos cotidianos, pero que si la misma se da en un nivel desmedido puede traer malestares significativos, los cuales algunos pueden repercutir en el cuerpo o afectar las emociones y pensamientos.

Además, se trabajo la diferencia entre el concepto de miedo como un objeto concreto amenazante y la ansiedad como algo más difuso donde es difícil conocer el objeto amenazante ya que es inespecífico, para esto se utilizo la técnica de la falsa alarma para explicarle que muchas veces nuestra mente puede detonar falsas alarmas frente a algo que no debería provocar miedo.

Para concluir, se le propuso con el correr de los encuentros, aprender técnicas de entrenamiento para reconocer, identificar y predecir aquellos momentos que le generan ansiedad y poder manejarlos para evitar sus efectos.

Al aplicar la estrategia de psicoeducación se buscó, siguiendo los lineamientos de Friedberg y McClure (2005) brindarle al pequeño información sobre el problema que lo trae al consultorio con el objetivo final de lograr entender y conseguir herramientas para hacer frente a la patología de pica y a la sintomatología de ansiedad. En relación a la pica, al ser un trastorno poco frecuente y con causas no bien esclarecidas, solo se limitó a definir el concepto y a hacerle conocer a Alex los riesgos y complicaciones que existen para su salud si continúa con el habito de pica, poniendo especial énfasis pero sin querer asustarlo en lo tóxico que puede ser por ejemplo el consumo de papel y la acción de masticar plástico, madera u otros elementos para su salud dental.

En el caso de la ansiedad, al describir características generales de ella se buscó que pueda entender y ser capaz en un futuro de manejar esa sintomatología. Además, considerando lo propuesto por Bunge et al (2010) la psicoeducación en este sentido permite utilizar herramientas mas didácticas como la denominada falsa alarma para acercar la comprensión de la información de manera lúdica. Por otro lado, al aplicar la psicoeducación no solamente se instruye de forma simple al niño sobre aspectos claros de su enfermedad sino que esta técnica invita al autodescubrimiento de los recursos y fortalezas con los que cuenta. De esta manera, se evidencia que Alex se predispone de buen ánimo a la aplicación de las intervenciones siguientes.

5.2.2. Técnicas Cognitivo Conductuales.

Al acontecer de los encuentros, se fueron aplicando diversas técnicas cognitivo conductuales interviniendo en forma paralela sobre los síntomas de pica y ansiedad.

El primer paso fue lograr que Alex sea capaz de identificar y discriminar sus pensamientos, emociones y conductas que lo llevan a practicar la pica, se le suministró una técnica de automonitorización básica volviendo a lo planteado por Friedberg y McClure (2005) pidiéndole como tarea para el hogar que registre esos momentos en que siente la necesidad de ingerir sustancias no comestibles, que es lo que ingiere y en que parte del cuerpo siente el alivio cuando lo hace.

Al encuentro siguiente, el niño alude que no pudo hacer el registro porque estuvo muy ocupado, entonces cambiando de estrategia y con ayuda del psicoterapeuta se confecciona la misma en el ámbito terapéutico, así el niño puede observar que lo hace en la escuela e incrementa la conducta cuando sus compañeros lo cargan y para evitar conflictos empieza a masticar sus uñas, lápices, papel o líquido corrector. Por otro lado, comenta que en su casa es donde más frecuentemente realiza este hábito por las múltiples discusiones que se dan con sus padres, hermanos y por ver a su madre triste, en este caso el objeto de pica se transforma en aquello que tenga a mano (pasta de dientes, jabón etc.); en ambos casos al interrogarlo manifiesta que al hacerlo siente un alivio en la cabeza y en los pies, ya que siente a los mismos más livianos.

Como Alex demuestra estar muy preocupado por las situaciones que se desarrollan en su hogar, y además coincide con el terapeuta en que las mismas no pueden ser modificadas por él pero le generan un gran malestar que el último tiempo lo hacen sentir muy nervioso, enojado y hasta padecer de dolores físicos se le propone trabajar para encontrar nuevos modos de resolución de aquellos aspectos del problema que estén a su alcance. Se le sugiere que una misma situación puede ser interpretada de diferentes maneras y de esa forma influir en cómo se va a sentir posteriormente.

Para esto, se le nombra que frente a un problema hay varios factores que se interrelacionan, entre ellos: el ambiente (familia, amigos y colegio); los pensamientos; emociones; conductas y sensaciones físicas. Seguidamente se le muestran diferentes

historietas con diferentes interpretaciones que modifican los pensamientos y sus consecuencias, entonces se vuelve a retomar la idea de que de acuerdo a como uno piensa se modifica la manera de sentir y la conducta.

A partir de aquí, se le propone a Alex que confeccione una lista con las diferentes situaciones donde se ve perjudicado, que registre en la misma los pensamientos, emociones, conductas y sensaciones físicas que experimenta y que a su vez evalúe nuevos modos de interpretación de esas situaciones para obtener otras consecuencias.

De esta manera se plantean algunas situaciones de su vida cotidiana:

- 1) A: “Me saqué una mala nota en el colegio”
 Pensamiento: Debe haber sido por mi conducta porque los chicos me molestan, no hago casi nada ni presto atención. Soy un inútil.
 Emoción: Bronca
 Conducta: me enoja y contesto mal, o peleo a mis compañeros.
 Respuesta fisiológica: Siento tensión en los brazos.

 B: “Me saque una mala nota en el colegio”:
 Pensamiento: Me voy a esforzar para levantarla.
 Emoción: Me siento esperanzado
 Conducta: Me esfuerzo y estudio
 Respuesta fisiológica: Satisfacción
- 2) A:” Llega C a casa, drogada y empiezan las discusiones”
 Pensamiento: Otra vez viene a armar bardo, la odio. Me lo hace apropiado.
 Emoción: Bronca, ira, nervios
 Conducta: morder algo, salir a pegar.
 Respuesta fisiológica: Alivio

 B” Llega C a casa, drogada y empiezan las discusiones”
 Pensamiento: No es un problema mio, ya se van a arreglar como siempre.
 Emoción: Alivio, convencimiento.
 Conducta: me quedo tranquilo y voy a jugar a la computadora
 Respuesta Fisiológica: alivio

Como consecuencia de este trabajo, el niño descubre que tiene otras alternativas de interpretación en cuanto a una misma situación. Con el transcurrir de las sesiones y al ver que Alex respondía de forma satisfactoria, este proceso de identificación y reevaluación de situaciones, pensamientos, emociones, conductas y consecuencias se fueron complejizando hasta alcanzar diferentes modos de cuestionamiento de cogniciones. En sesiones siguientes, se aplicaron las intervenciones propuestas por

Bunge et.al (2010), como ser la de evidencias a favor y en contra respecto a que C lleva conflictos a la casa apropiado para molestarlo a él y a sus padres. En este sentido, para sorpresa del menor se encontró con pocas evidencias a favor de que la situación de C sea originada para provocarle daño, lo que lo llevo a replantearse esta creencia tan arraigada que sostenía. Además, se trabajo sobre los pensamientos disfuncionales específicamente sobre el error de pensamiento destinado a la generalización en donde a partir de una situación (los problemas con su hermana) saca conclusiones acerca de otras, viendo todo negativo.

Otra técnica propuesta por los autores antes nombrados es la de las paradas de pensamiento y el auto-diálogo, esto es: cuando empieza con la vorágine de pensamientos catastróficos especialmente los relacionados con que algo grave puede pasarle a la madre porque la ve tan triste, se le comenta que puede implementar algún código, como ser el chasquido de sus dedos, y para sí mismo dar una orden del estilo ¡pará!, pensá, etc. El objetivo es que estas acciones lo ayuden a frenar los pensamientos catastróficos y que pueda entonces evaluar a los mismos respecto de la realidad de ese momento, es decir que si bien su madre esta triste por una situación que le toca atravesar eso no implica que algo malo le pueda pasar. En este punto se comenta que al utilizar esta intervención, facilitó mucho la coincidencia de que D inició un tratamiento psicológico tal como le fue sugerido.

Una vez afianzado el vínculo terapéutico mediante las intervenciones anteriores se procede al abordaje de los síntomas de ansiedad y por consecuencia, del hábito de pica desde las intervenciones conductuales. El objetivo fundamental de las mismas es en este caso, aumentar los recursos de afrontamiento del niño incorporando herramientas que le permitan tener cada vez más el control sobre su cuerpo y mente.

En primera instancia, se le propuso a Alex aprender técnicas de relajación que va a poder usar en su vida cotidiana cuando deba afrontar situaciones que lo ponen tenso, nervioso y ansioso, el terapeuta le transmite que lo importante es aprender a relajarse para poder enfrentar las situaciones tranquilo y dejar de lado la mala conducta de pica o de agresión. Utilizando la relajación muscular progresiva, se lo insto a lograr que su cuerpo este blando, sentir esa liviandad en sus brazos y piernas para luego realizar una respiración profunda llevando el aire a la panza. Paso siguiente, se le pide que piense

una palabra que sea de su agrado y que lo tranquilice para decírsela a sí mismo mentalmente antes de largar el aire; Alex elige la frase: “Todo Piola”. Una vez culminados estos pasos, se le indica largar todo el aire por la boca y sentir como los músculos logran relajarse cada vez más. Este proceso lo repitió unos minutos y al finalizar se indagó acerca de cómo se sentía, obteniéndose buenos resultados.

Otra técnica que se impartió es ubicarse bien cómodo, llevarse una mano al pecho y la otra cerrada fuerte al lado del cuerpo; luego se le indica que a medida que inspire, cierre su puño y, al exhalar, lo abra. Al cambiarle la velocidad, se muestra cómo es él quien controla el ritmo y cómo esto lo ayuda a mantener su propio control del cuerpo, relajándose.

Consiguiendo manejar la relajación, se procede a la utilización de la desensibilización sistemática; la cual es una técnica muy válida para el abordaje de la ansiedad. Lo que se intentó con Alex fue hacer una aproximación sucesiva hacia las situaciones que le producen respuestas de ansiedad. A partir de la relajación obtenida, se construyó con el niño una jerarquía de estímulos que le generan miedo o ansiedad, en función de los mismos y habiendo alcanzado un grado de calma, se lo empieza a exponer a esos recuerdos en forma gradual por breves periodos de tiempo. Para esto, se lo animó a construir una imagen de un lugar agradable al que podía volver cada vez que vivenciaba alguna sensación de ansiedad durante la exposición.

A la vez que se aplicaban estas técnicas, se fue interrogando acerca de cómo estaba ahora la conducta de pica y Alex refiere que ya no recibe notificaciones en el colegio y que, si bien aun en su casa cuando esta solo confiesa seguir comiendo algunas sustancias ya no lo hace tan seguido como antes. Respecto a la sintomatología de ansiedad, se evidencia que al menos los síntomas cognitivos y conductuales presentan una mejoría, especialmente los relacionados con el temor a que algo malo le ocurra a la madre y en el caso de los conductuales, ya no presenta tanta dificultad para permanecer quieto.

5.2.3. Desarrollo de Habilidades Sociales.

Una vez dominada en forma parcial la conducta de pica y los síntomas de ansiedad se focalizó el trabajo en el entrenamiento de habilidades sociales ya que, como planteaba

Moura (s/f) estos niños no solo sufren los problemas propios de la pica sino que también deben lidiar con las dificultades que les generan en sus relaciones sociales. Alex, experimenta varios problemas en el colegio debido a este motivo ya que es objeto de burla de sus compañeros como consecuencia de su hábito extraño, generándole grandes dificultades para entablar relaciones interpersonales.

Cabe destacar que durante el transcurso de estos encuentros dedicados a las habilidades sociales, Alex se mostró completamente colaborador y dispuesto a trabajar como lo hizo durante todo el proceso psicoterapéutico.

Siguiendo las pautas propuestas por Caballo (2005), primero se identificó con el paciente el área específica en donde tiene estas dificultades. Alex reconoce que en el colegio, cuando sus compañeros lo descubren comiendo útiles y empiezan las cargadas su reacción inmediata es insultarlos o lanzarles un golpe de puño. Se le sugiere entonces, que debe dejar de lado esta respuesta agresiva y hostil para conseguir respuestas más asertivas, aunque la situación le genere mucha bronca. Entonces, para aprender a modificar estos modos de respuesta no adaptativos y remplazarlo por otros más eficaces se le proponen diferentes ensayos de conducta que puede implementar cuando se enfrente a las burlas de sus compañeros.

De esta manera, se le indica que al momento de las burlas, en lugar de defenderse de ella entre en el juego y las acepte naturalmente con frases tales como: “Si, me gusta comer liquido corrector ¿y que?” de esta forma los otros se aburren y dejan de burlarse ya que no encuentran reacción alguna.

Luego se procedió al modelado de estas habilidades, mediante el aprendizaje observacional y modelado. En este aspecto el terapeuta se prestó para que Alex lo burle y vea como se defiende, para luego invertir los roles y que el menor pueda poner en practica la técnica aprendida. Lentamente se lo alentó a ir trasladando estos ensayos de las sesiones a la vida cotidiana utilizando autorrecompensas por cada práctica exitosa de sus nuevas habilidades.

Dentro de la terapia cognitiva conductual, hay numerosas intervenciones y técnicas posibles para llevar a cabo en niños de la edad de Alex. Aquí se desarrollaron en forma breve las intervenciones más significativas que tuvieron lugar en el tratamiento.

5.3. Análisis de efectividad de la aplicación de Intervenciones cognitivas conductuales.

De lo observado en lo ocurrido en los diferentes encuentros y entrevistas clínicas, se evidencia que en un primer momento Alex encara el proceso psicoterapéutico mostrándose poco dispuesto al mismo, por ende el equipo terapéutico decide como primera intervención utilizar la psicoeducación para intentar por un lado acercar al niño a su problema y además ir creando un vínculo con él. Se buscó desde la psicoeducación transmitirle al niño conceptos comprensibles que desde el punto de vista psicológico pueden ser de alta complejidad conceptual, con el fin de transformarlos en herramientas útiles que le ayuden a hacer frente y acercarse un poco más a la comprensión del problema. Inmediatamente se evidencia que fue una técnica eficaz ya que al contar con un mayor entendimiento de lo que le sucede, se amplía el campo de efectividad terapéutica, además a medida que se transmitía la información Alex se fue soltando y se mostró dispuesto a colaborar y trabajar en equipo con los terapeutas. Volviendo a la idea de Bulacio y Vieyra (2003), este proceso de psicoeducación básico refuerza las fortalezas, los recursos y las habilidades propias que tiene el menor para hacerle frente a el problema que lo trae al consultorio y contribuir con su propio bienestar psíquico. En este punto, se destaca el rol de consultor expuesto por Bunge et.al (2010) que adoptó el terapeuta para lograr que de manera colaborativa y conjunta al niño empiece a buscar soluciones por sí mismo y así descubrir sus propios recursos y habilidades. Además fue muy enriquecedor el trabajo del terapeuta al empatizar con el niño, poniéndose en el lugar de él en relación a las circunstancias que lo rodean haciendo que el mismo se sienta comprendido.

Ahora bien, una vez logrado el vínculo terapéutico se procedió en estas fases iniciales a la aplicación de intervenciones cognitivas, pero antes de alcanzar un nivel mayor de complejidad se utilizaron técnicas de automonitorización sencillas para que Alex aprenda a discriminar los pensamientos, emociones y conductas implicadas en su acto de deglución. A partir de que se pudo esclarecer que realiza la conducta de pica en la escuela y en su casa cuando presencia discusiones y puede reconocer las emociones, pensamientos y conductas que se disparan a partir de ahí, se procedió a lograr una

reestructuración cognitiva. En este sentido, siguiendo los lineamientos de la teoría cognitiva Alex muestra una creencia central muy arraigada acerca de que los problemas que le suceden son determinados por su hermana y los otros. Esta representación que tiene de la realidad y de los demás hace que sus esquemas de procesamiento, organización y almacenaje de información sean muy rígidos convirtiéndolos en disfuncionales y generándole respuestas fisiológicas, conductas y emociones negativas. Por este motivo, se le propuso que una misma situación puede ser interpretada de varias maneras y así influir en como se sentirá después. Esto muestra la interrelación que proponía Beck (2000) entre pensamiento, emoción y conducta y el postulado fundamental que esclarece que la manera en que las personas interpretan las situaciones influirá en sus emociones y posterior conducta.

Cabe destacar que, retomando la propuesta de Seligman (1995) al llevar a cabo esta reestructuración cognitiva no se puso en tela de juicio todas las cogniciones de Alex sino aquellas que le generan pensamientos disfuncionales y empañan el modo de interpretación y valoración subjetiva de las situaciones que le toca atravesar. Por otro lado, la utilización de tareas para casa no fue una intervención efectiva con este niño ya que las veces que se intentó hubo respuestas negativas por lo que se procedió a cambiar de estrategia. Las técnicas de evidencia a favor y en contra, las paradas de pensamiento, el autodiálogo y la identificación de errores de pensamiento fueron intervenciones exitosas que permitieron un gran avance en el tratamiento, como así también a partir de ellas se empezaron a notar grandes cambios en Alex.

Paralelamente, se empezó a abordar los síntomas propios de pica y de ansiedad mediante las técnicas conductuales. Al ser la relajación la primer técnica introducida se logro que Alex empiece a reconocer y aumentar las diferentes sensaciones y percepciones de su propio cuerpo (Fierdberg & McClure, 2005), un punto a favor en este sentido fue que el equipo psicoterapéutico pudo participar activamente de los ejercicios ya que en ningún momento el niño se sintió incomodo brindándole herramientas para fomentar sus recursos de afrontamiento que pudo aplicar en situaciones de su vida cotidiana. Al lograr una buena autopercepción de sus sensaciones fisiológicas, fue fácil luego aplicar la desensibilización sistemática en donde se lo

llevaba de situaciones agradables a otras que le causaban síntomas de ansiedad, logrando una buena dominación de las mismas.

A esta altura del tratamiento, los cambios eran notorios ya que la conducta de pica había reducido radicalmente y si bien, aun conservaba síntomas de ansiedad algunos fueron disminuyendo.

Otro punto clave del tratamiento fue la aplicación de habilidades sociales, ya que como se expuso anteriormente Alex padecía un déficit en lo que respecta a la autorregulación de su comportamiento por ende no podía manejar de forma efectiva las burlas de sus compañeros y solo tenía como opción la violencia verbal o física. Al entrenarlo en el desarrollo de diferentes habilidades, se amplió su campo de opciones de respuesta en el intercambio con los demás y pudo emerger otros modos de afrontamiento más eficaces. En este sentido, se evidencia que fue a partir del aprendizaje observacional y de la técnica de modelado donde el terapeuta jugo de manera entretenida un intercambio de roles para demostrar otros tipos de respuestas frente a las burlas, donde Alex mostró mayor adherencia a la intervención y pudo trasladarlo al espacio fuera del consultorio, mejorando paulatinamente su relación con sus pares.

A modo de resumen se destaca que en este tratamiento cognitivo conductual, las intervenciones que se aplicaron siguieron la propuesta hecha por Friedberg y McClure (2005), yendo de un grado de menor a mayor complejidad para el pequeño, comenzando con procedimientos simples de identificación de pensamientos, emociones y conductas para luego abordar los síntomas de pica y ansiedad mediante diferentes técnicas cognitivas, conductuales. Una vez que en gran medida el motivo principal de consulta se vio modificado y mejorado, se procedió al manejo de habilidades sociales para revertir esas respuestas hostiles y agresivas presentadas. La efectividad de las técnicas se evidenció en el cambio concebido por Alex en su bienestar psíquico.

6. CONCLUSIONES

Retomando el objetivo general de este trabajo final de integración, se afirma que se pudo describir de manera exitosa el tratamiento cognitivo conductual llevado a cabo para el abordaje del trastorno de pica, en este caso de un niño de once años.

En cuanto a la realización de la descripción de la sintomatología de pica fue posible a partir de la entrevista realizada con la madre, la cual mostró una actitud colaboradora con el equipo psicoterapéutico y aportó todos los datos significativos y necesarios para arribar al diagnóstico de pica y a la vez conocer y dar cuenta de la comorbilidad existente con ciertos síntomas relacionados a la ansiedad. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la escala achenbach, se pudo inferir la intensidad de la sintomatología presente al momento de la consulta inicial como así también de la predominancia de los mismos, dejando en evidencia la existencia de síntomas relacionados a la mala conducta de deglución, a los síntomas fisiológicos de la ansiedad y a los referidos al déficit de habilidades sociales.

Como se ha visto, el DSM IV expone que para arribar al diagnóstico de pica es necesario que los síntomas estén presentes al menos un mes y que además sean inadecuados evolutivamente y que no formen parte de prácticas sancionadas culturalmente. Esto puede observarse directamente en el primer encuentro que se realiza con Alex, ya que el mismo comenta los problemas que le causan estas conductas y que las realiza hace un tiempo considerable en su hogar y el colegio.

Cabe destacar que, si bien no se ha llevado una evaluación psicodiagnóstica profunda, la entrevista a padres y el primer encuentro con Alex bastó para conocer la sintomatología y la íntima relación que mantiene con la ansiedad ya que el niño detecta que lleva a cabo esta práctica ante situaciones que le generan tensión debido a que la misma le genera placer y calma. Como destaca Campuzano (2011), esta conducta coincide con la situación de estrés que vive el menor en su casa, siendo exacerbada por los síntomas ansiosos que presenta. Es decir que, por un lado hay una situación desencadenante del trastorno principal pero también hay una base predisponente a que el mismo la padezca con síntomas ansiosos, manifestando así frecuentes dolores de cabeza, irritabilidad y conductas agresivas.

Además, se pudo descartar en primera instancia que la conducta fuera provocada por trastornos psiquiátricos, como es el caso del retraso mental y/o autismo; ya que Alex es un niño con un nivel evolutivo acorde a su edad. Por otro lado, es importante destacar que los síntomas no son producto de negligencia parental, ya que la madre se muestra como una persona atenta a la problemática presentada por su hijo y puede no solo

identificar los momentos en que el niño realiza la practica sino que acude de inmediato en busca de ayuda profesional al recibir el llamado del colegio.

Una vez conocidos los síntomas y arribado al diagnostico, se efectuó el cumplimiento del objetivo relacionado al tratamiento psicológico mediante intervenciones provenientes del enfoque cognitivo conductual. La terapia cognitiva conductual, en este caso buscó que el niño sea capaz de identificar las emociones, pensamientos y conducta que vivencia antes y después de llevar a cabo la pica, siendo capaz de discriminar y poner en tela de juicio sus pensamientos disfuncionales, evaluando nuevos modos de afrontamiento. Al momento de aplicar las diferentes intervenciones no se hallaron grandes dificultades ya que el niño, como se ha visto a lo largo del desarrollo de este trabajo siempre estuvo implicado en el tratamiento y respondió de manera efectiva a la mayoría de las propuestas echas por el equipo. Solamente se encontraron dificultades al intentar introducir como técnica las tareas para el hogar, pero al ver que no era una intervención eficaz inmediatamente se cambio de estrategia sin afectar el proceso del tratamiento.

De esta manera, se empezaron a vislumbrar paulatinamente los cambios en la conducta de Alex, específicamente los referidos a la conducta de pica ya que en pocos encuentros la misma pudo ser combatida; no así ha sucedido lo mismo con la sintomatología de ansiedad. Se debe considerar que todas las intervenciones que fueron realizadas han sido corroboradas previamente y de las cuales se ha confirmado su efectividad en la aplicación de la psicoterapia cognitiva conductual, lo que llevó a tener un buen manejo del contexto terapéutico.

En este sentido, interesa destacar que si bien se han alcanzado mediante la aplicación de las técnicas, resultados buenos a muy corto plazo se destaca como limitación que hubiese sido provechoso la extensión del tratamiento, el cual por motivos ajenos a la institución se vio interrumpido, para seguir trabajando sobre los síntomas ansiosos y verificar que la conducta de pica halla sido completamente erradicada. En relación a esto, también hubiese sido de gran utilidad para un mayor desarrollo de este trabajo, contar con más observaciones del menor para poner énfasis en el desempeño del mismo en la relación con sus pares y familiares y la resolución de conflictos. También quedo pendiente la administración al menos dos veces mas de la escala achenbach para evaluar si los cambios en la sintomatología eran realmente tangibles en el hogar.

Otras limitaciones que pueden pensarse en función de lo expuesto anteriormente radican principalmente en que al tratarse de un trastorno poco frecuente en la población infantil, sin presencia de otro trastorno psiquiátrico; no se contó con demasiada información y se evidencia que la pica no es un trastorno del cual se muestre interés por abordarlo y considerar las graves consecuencias que puede traer al desarrollo normal de un niño. Esto lleva a que, en el ámbito terapéutico la selección de técnicas de intervención se vio limitada ya que no se hallaron herramientas propias para el abordaje de la pica, mas halla de los enfoques clásicos descritos por Wilson (2001) orientados al refuerzo positivo y modelado de conducta. Seria interesante que en futuras investigaciones, la teoría cognitiva conductual incluya el abordaje de la pica en la infancia ya que si bien las técnicas aplicadas no estaban específicamente orientadas a la pica; fueron de gran efectividad lo que demuestra que la teoría esta preparada para abordar este tipo de trastorno de manera exitosa.

De haber continuado con el tratamiento, podría haber sido fundamental aplicar como estrategia la psicoeducación y orientación a padres ya que se cree que esto hubiese sido de gran ayuda para el desempeño de Alex en otros ámbitos fuera del consultorio, además de brindarle estrategias a la familia que ayuden a comprender el problema y facilitarles herramientas que estén a su alcance para ayudar al menor.

También se podría continuar abordando la sintomatología de ansiedad mediante la utilización de técnicas mas específicas y profundas que aquí no fueron desarrolladas puesto que el foco principal estaba en el tratamiento de la pica.

Se considera importante que también se tuviera en cuenta el análisis y abordaje de manera más completa del contexto y la situación familiar que rodea al niño para lograr un abordaje integro en el tratamiento que abarque todas las esferas, no solamente la cognitiva y comportamental; debido a que se trata de un niño que si bien cuenta con una madre facilitadora y con buena voluntad para colaborar en el proceso de cura de su hijo, no se puede pasar por alto la compleja realidad que atraviesa la familia con una menor adicta y un padre alcohólico. Al poder abordar esta problemática que tantas preocupaciones le traen a Alex, se considera que el resultado final del tratamiento seria mas eficiente de lo fue.

7. BIBLIOGRAFÍA

Achenbach, T. (1991). *Manual for the Child Behavior checklist and revised Child Behavior Profile*. Burlington: University of Vermont.

Ajuriaguerra, J. (1973,1996). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Masson.

Albajari, V. (1996). *La entrevista en el proceso psicodiagnóstico*. Buenos Aires: Psicoteca.

Almonte, C. & Montt, M. (2003). *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Chile: Mediterráneo.

American Psychiatric Association DSM-IV-TR. (2002). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Baringoltz, S. (2008). *Terapia cognitiva. Del dicho al hecho*. Buenos Aires: Polemos.

Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva, conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

Belloch, A. Sandin, B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Buenos Aires: McGraw-Hill.

Bulacio, J.M. & Vieyra, M.C. (2003). Psicoeducación en salud. Recuperado de <http://www.intramed.net>

Bulacio, J.M. (2004). *Ansiedad, Estrés y Practica Clínica*. Buenos Aires: Akadia.

Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2008). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires: Akadia.

- Bunge, E., Gomar, M. & Mandil, J. (2010). *Manual de Terapia Comportamental con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Polemos
- Caballo, V. (1993,2005). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Camerini, J. (2005). *Introducción a la terapia cognitiva: Teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos*. Buenos Aires: Catrec.
- Campuzano, G. (2011). Pica: El síntoma olvidado. *Medicina y Laboratorio: Programa de Educación Médica Continua Certificada*, 17(11), 533-552.
- Chaskel, R. (2006). Perspectiva psicosomática de los trastornos alimentarios en niños y adolescentes. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35, 176-186.
- Chavira, D., Stein, M., Bailey, K. (2004). Child anxiety in primary care: Prevalence but untreated. *Depression and Anxiety*, 20(4), 155-164.
- Friedberg, R. & McClure, J. (2005). *Práctica Clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Jones, P. & Jones W.L. (1992). Pica: Symptom or eating disorder? A historical assessment. *The British Journal of Psychiatry*, 160, 341-354.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1974,1999). *Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta, psiquiatría clínica*. Buenos Aires: Panamericana.
- Mardomingo Sanz, M.J. (2001). Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 3(10), 61-71.
- Medline Plus. (2010). *Pica*. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001538.htm>

Moura, M.E. (s.f.). *Pica, misterioso habito de comer tierra y gis*. Recuperado de <http://www.saludmedicinas.com.mx/centros-de-salud/salud-mental/articulos/pica-misterioso-habito-de-comer-tierra-y-gis.html>.

Samaniego, V. (1998). *El Child Behavior Check List: Su estandarización y aplicación en un estudio epidemiológico, problemas comportamentales y sucesos de vida en niños de 6 a 11 años de edad*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.

Parrado, F. (2007). *Ansiedad y Trastornos de Ansiedad en niños y adolescentes*. Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.cat/archivos/Trastornos_Ansiedad_0_07-09_M2.pdf

Ravinder, K. & Ritu, G. (2005). Clinical Profile of Pica in Childhood. *Jk Science*, 7(2), 61-65.

Sakolsky, D. & Birmaher, B. (2008). Pediatric anxiety disorders: management in primary care. *Current opinion in Pediatrics*, 20(5), 538-543.

Seligman, M. (1995). *The optimist Child*. New York: Harper.

Viguria Padilla, F., Mijan De La Torre, A. (2006). La pica: Retrato de una entidad clínica poco conocida. *Nutrición Hospitalaria*, 21(5), 557-567. Recuperado de <http://www.scielo.iscii.es/pdf/nh/v21n5/revision.pdf>.

Wilson, R. (2001). Pica: Un enigma aun por resolver. *Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 14(3), 83-90.

Woywodt, A. & Kiss, A. (2002). Geophagia: The history of earth eating. *Journal of the royal Society of Medicine*, 95(3), 143-146.

8. ANEXO

Escala de Achenbach CBCL (4- 18) Cuestionario para padres

Edad: 11	Sexo: (M) F	Grado/ año:	Nombre y apellido del niño: ALEX
Fecha de hoy: 06/10/11			Nombre del padre:
Fecha de Nacimiento:			Nombre de la madre:

Para contestar este cuestionario, solo tome en cuenta los últimos 6 meses antes de la consulta
 Marque con una cruz: 0: NUNCA 1: A VECES 2: BASTANTE

	0	1	2
1. Actúa como si tuviese menos edad	X		
2. Sufre de alergias (diga a que).....	X		
3. Discute mucho		X	
4. Tiene Asma	X		
5. Se porta como si fuera del sexo opuesto	X		
6. Se ensucia en la ropa o en otro lugar fuera del baño	X		
7. Es fanfarrón, se cree más de lo que es		X	
8. Le cuesta concentrarse, o prestar atención		X	
9. No puede quitarse de la mente ciertos pensamientos, obsesiones. Describe.....	X		
10. No puede estar sentado tranquilo, es muy inquieto		X	
11. Es muy dependiente o apegado a los adultos		X	
12. Se queja de que se siente solo	X		
13. Está confuso, como en las nubes	X		
14. Lloro mucho		X	
15. Es cruel con los animales	X		
16. Es abusador, cruel o malo con los demás.	X		
17. Sueña despierto, se pierde en sus propios pensamientos	X		
18. Se ha hecho daño a si mismo a propósito, o ha tratado de suicidarse	X		
19. Demanda mucha atención		X	
20. Destruye sus cosas		X	
21. Destruye cosas que son de otros		X	
22. Desobedece en la casa		X	
23. Desobedece en la escuela		X	
24. No come bien.	X		
25. No se lleva bien con otros chicos /as.	X		
26. No parece sentirse culpable luego de hacer algo indebido	X		
27. Se pone celoso fácilmente		X	
28. Come o bebe cosas que no son comestibles. Describe. LAPICES, PLASTICOLA, CORRECTOR, PAPEL, DENTAFICO.....			X
29. Le teme a ciertos animales, situaciones o lugares (que no son la escuela). Describe:.....	X		
30. Le da miedo ir a la escuela	X		
31. Tiene miedo de pensar o hacer algo malo	X		
32. Siente que tiene que ser perfecto	X		
33. Siente o se queja de que nadie lo quiere	X		
34. Siente que los demás lo quieren perjudicar	X		
35. Se siente inferior, como que no vale	X		
36. Se lastima mucho, es propenso a los accidentes	X		

37. Se mete en muchas peleas			X
38. Los demás lo cargan mucho		X	
39. Se junta con chicos/as que se meten en problemas		X	
40. Escucha cosas que nadie más parece escuchar. Describa.....	X		
41. Suele actuar sin pensar, es impulsivo		X	
42. Le gusta estar solo	X		
43. Dice mentiras o hace trampas		X	
44. Se come las uñas			X
45. Es nervioso, parece estar tensionado		X	
46. Tiene movimientos nerviosos, tics. Describa:	X		
47. Tiene pesadillas	X		
48. No le cae bien a otros chicos o chicas	X		
49. Padece de estreñimiento, le cuesta evacuar	X		
50. Es muy ansioso, miedoso	X		
51. Se siente mareado	X		
52. Se siente muy culpable	X		
53. Come demasiado		X	
54. Se cansa demasiado	X		
55. Tiene sobrepeso	X		
56. Tiene problemas físicos, sin causa médica justificada...			
a. dolores	X		
b. dolores de cabeza	X	X	
c. Tiene náuseas, se siente enfermo		X	
d. Tiene problemas en los ojos:	X		
e. Urticaria o erupciones en la piel	X		
f. Dolores de estómago o retortijones			X
g. Vómitos	X		
h. Otros, describa.....	X		
57. Ataca físicamente a personas		X	
58. Se mete los dedos en la nariz, se raspa con las uñas la piel u otras partes del cuerpo, describa:.....	X		
59. Juega con sus partes sexuales en público			
60. Juega demasiado con sus partes sexuales	X		
61. Su trabajo escolar es pobre	X		
62. Es torpe, o no coordina bien	X		
63. Prefiere estar con chicos/as mayores que él / ella.	X		
64. Prefiere estar con chicos /as menores que él /ella.		X	
65. Se niega a hablar	X		
66. Repite ciertos actos una y otra vez. Describa:.....	X		
67. Se suele escapar de su casa	X		
68. Grita mucho		X	
69. Es reservado, mantiene sus cosas en secreto	X		
70. Ve cosas que nadie más parece ver. Describa:.....	X		
71. Es vergonzoso, le da vergüenza con facilidad	X		
72. Causa incendios			

73. Tiene problemas sexuales. Describa:.....	X		
74. Es presumido, le gusta hacerse el gracioso		X	
75. Es tímido	X		
76. Duerme menos que los chicos de su edad	X		
77. Duerme más que muchos chicos, de día o de noche	X		
78. Ensucia o juega con sus excrementos	X		
79. Tiene problemas para hablar, describa:.....	X		
80. Se queda mirando el vacío	X		
81. Roba cosas en la casa	X		
82. Roba cosas de otros lugares que no sean su casa	X		
83. Acumula cosas que no necesita. Describa:.....	X		
84. Se comporta de una manera rara. Describa:.....	X		
85. Piensa cosas, o tiene ideas, que son extrañas. Describa:.....	X		
86. Es terco, Cabeza Dura		X	
87. Su estado anímico o sentimientos cambian de repente	X		
88. Refunfuña mucho		X	
89. Es desconfiado, receloso	X		
90. Es de insultar, dice malas palabras			X
91. Habla de quererse matar.	X		
92. Habla o camina cuando está dormido	X	X	
93. Es de hablar mucho		X	
94. Carga o fastidia mucho a los demás		X	
95. Se enoja con facilidad, tiene berrinches	X		
96. Parece pensar demasiado en temas sexuales	X		
97. Amenaza con lastimar a otros	X		
98. Se chupa el dedo	X		
99. Se preocupa demasiado por el orden y la limpieza	X		
100. Tiene problemas para dormir. Describa:.....	X		
101. Falta a la escuela, es vago			
102. Es poco activo, lento o falto de energía	X		
103. Está triste o deprimido	X		
104. Es más ruidoso que los demás chicos/as.		X	
105. Toma alcohol o usa drogas. Describa:.....	X		
106. Comete actos de vandalismo	X		
107. Se orina en encima durante el día	X		
108. Se orina en la cama	X		
109. Se la pasa quejándose o lamentándose; lloriquea	X		
110. Le gustaría ser del sexo opuesto	X		
111. Se encierra en sí mismo, no se da con los demás		X	
112. Se preocupa demasiado por todo		X	
113. Nombre cualquier otro problema que su hijo tenga y que no haya sido mencionado:.....			