



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**Trastorno de ansiedad por separación: Duelo infantil. Diagnóstico
y tratamiento**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Daniela Cecilia Aguilar Zacarias

Directora: Lic. **María del Rosario Guzmán Rodríguez**

Dictaminadores: Lic. **Juana Olvera Méndez**

Lic. **Cristopher Tamayo Herrera**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“Si he logrado ver más lejos, ha sido porque he subido a hombros de gigantes”

-Isaac Newton

*[...] No te rindas, por favor no cedas,
aunque el frío queme,
aunque el miedo muerda,
aunque el Sol se esconda,
y se calle el viento,
aún hay fuego en tu alma
aún hay vida en tus sueños [...]*

-Mario Benedetti (fragmento)

Dedicatorias:

Ésta tesis está dedicada con especial cariño al núcleo de mi vida; a mi familia, porque siempre seremos cinco a pesar de lo adverso. Gracias por cada aventura, los amo con todas mis fuerzas.

A mi papá, por dejar construido el cimiento más fuerte que jamás nadie podrá romper, por confiar en mí, por enseñarme a ser independiente, por darme el ejemplo más claro de lucha, por estar conmigo hasta el último momento...incluso más allá, ahora sé que el amor es mucho más fuerte que la mismísima muerte. Me haces falta en mis peores días, pero más aún en los mejores.

A mi mamá, por ser la mujer más valiente que conozco, por mostrar la mejor cara cuando nada estaba bien, por enfrentarse sola y sin error, a sacar a delante a tres hijos en su etapa más difícil, nadie pudo haberlo hecho mejor. Gracias por tus consejos, por todo tu apoyo, gracias por consentirme cuando las noches eran duras y por soportarme sobre todas las cosas. Nunca lo hubiera logrado sin ti y todo tu amor. Jamás dudes de lo mucho que te amo.

A mi hermano Héctor, gracias por ser el mejor compañero de juegos, llegaste a mí vida en el momento indicado, como el mejor regalo y desde entonces jamás volví a sentirme sola. Te amo mucho y tienes que saber que siempre voy a estar para ti.

A mi hermana Ximena, por ser mi más grande motivación, a pesar de ser tan chiquita, tus consejos y regaños evitaron que dejara de avanzar, gracias por recordarme “La tesis” siempre. Por enseñarme a reír de felicidad, a ser fuerte, aunque es difícil superarte, a no olvidar a mi niña interior. Llegaste en el momento indicado, para darle color a mi vida, otra vez. Te amo mucho y sí te voy a cuidar siempre.

Agradecimientos.

A mi hermosa y amada UNAM, gracias por brindarme tanto cobijo desde aquel 2009 en CCH Sur, sin duda leer mi carta de aceptación ha sido lo mejor que me ha pasado, gracias por ser mi segundo hogar, por brindarme todos los recursos para que hoy sea posible este logro y por permitirme conocer a las mejores personas; amigos y maestros.

A mis asesores de Tesis: María Guzmán, gracias por aceptarme como tesista, por compartir el conocimiento de la manera más auténtica y por hacerme ver que no puedo cargar el mundo en mis hombros. A Juana Olvera y Cristopher Tamayo, gracias por apoyarme en este proyecto, mi gratitud y admiración eterna a ustedes.

A mis abuelitos María Luisa y Cecilio, por todo el amor con el que criaron a mi madre y que de manera directa llegó hasta mí. Sin su ayuda y sin su apoyo nada hubiera sido lo mismo y seguramente éste logro no hubiera sido posible. Gracias por contagiarme el entusiasmo de pertenecer a la UNAM.

A mi tía Mari y mi tío Juan, por creer en mí casi con los ojos cerrados, por apoyarme sin pensarlo, por todo su cariño, por siempre estar. En este logro recae todo lo invertido en cariño y apoyo, muy especialmente en mi gratitud eterna, mil gracias.

A mi familia perdida y encontrada: Los Aguilar, por hacernos tan parte de ustedes, a mi abuelito Eugenio por unírnos, a mi abuelita Guadalupe y ahora también a mi abuelita Rosa, por ser tan lindas y cariñosas conmigo, a mi tía Maru por motivarme en el momento justo, a mis tías Rocío y Tania por los consejos y el humor, tía Cecy por creer en mí. Tías, tíos mil gracias. A los mejores primos del mundo: Paola, Citlaly, Monse, Silvia, Sergio, gracias por tantas risas. Blanca gracias por estar al pendiente. Somos una familia numerosa y no alcanzaría a nombrarlos a todos, pero gracias por ser y estar, los quiero tanto.

A la familia que elegí; a mis amigos por ser los responsables de que la vida académica también tuviera mucho humor: Maribel, Zaori, Viki, Jess, Juan, Erika, Jenny, María, Urí, Quique, Daniela, Vallarta, gracias por su amistad, los quiero mucho.

¡Gracias totales!

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
Cap. 1. Trastorno de Ansiedad.....	6
1.1 Ansiedad Infantil.....	8
1.2 Trastorno de Ansiedad por Separación.....	10
1.2.1 Consecuencias a corto y largo plazo en niños.....	12
1.2.2 Emocionales.....	12
1.2.3 Familiares.....	12
1.2.4 Escolares.....	13
1.3 Tipos de trastorno.....	14
Cap. 2. Duelo.....	16
2.1 Fases del duelo.....	17
2.2 Duelo en la Infancia.....	19
2.3 Duelo patológico.....	25
Cap. 3. Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por separación.....	28
3.1 Criterios.....	29
3.2 Factores asociados.....	30
3.3 Instrumentos de evaluación.....	32
Cap. 4. Tratamiento desde el enfoque cognitivo conductual.....	37
4.1 Aspectos teóricos sobre la Terapia Cognitivo Conductual.....	37
4.1.1 Terapia Cognitiva de Beck.....	38
4.1.2 Terapia Racional Emotiva de Ellis.....	40
4.2 Técnicas Cognitivo-Conductuales para el tratamiento de la ansiedad....	41
4.3 Tratamiento Cognitivo-Conductual para casos con diagnóstico de Duelo.....	47
4.4 Eficacia de la terapia Cognitivo-Conductual.....	53
4.5 Uso de fármacos como complemento de la Terapia cognitivo- Conductual.....	55
Conclusiones.....	57
Bibliografía.....	60

RESUMEN

La Ansiedad por Separación es un fenómeno que surge en los primeros años de vida, su objetivo es prevalecer y proteger la vida, sin embargo este fenómeno se torna un trastorno cuando el infante no es capaz de separarse de sus cuidadores para realizar actividades de la vida cotidiana.

El Trastorno de Ansiedad por Separación se presenta a lo largo de la vida, sin embargo los individuos desarrollan herramientas de afrontamiento que impiden alcanzar niveles altos de ansiedad, los infantes poseen pocas o nulas herramientas de afrontamiento, por lo que al presenciar un evento activador, como la muerte de los padres los niveles de ansiedad se disparan influenciadas por las distorsiones cognitivas.

Por lo tanto el objetivo de la siguiente tesis fue aportar una visión teórica con respecto a los trastornos ansiosos y depresivos de los infantes desde el enfoque cognitivo conductual, así como dar a conocer las implicaciones psicológicas y sociales, además, resulta importante analizar los criterios diagnósticos y las herramientas cognitivo-conductuales para su intervención.

El enfoque Cognitivo Conductual ha colaborado en el entendimiento de la ansiedad; poniendo atención en aquellas distorsiones con respecto al evento, es decir, el individuo se centra en aquellas situaciones que ponen en peligro su vida de manera catastrófica, las cuales están fuertemente relacionadas con la percepción de sí mismo.

La ansiedad en la población infantil es un tema poco investigado; y por tanto existe pocas estrategias de intervención efectiva, por lo que es importante retomarlas para futuras investigaciones y planeaciones desde el enfoque cognitivo-conductual.

INTRODUCCIÓN.

La ansiedad es un fenómeno común en todas las personas, comienza a desarrollarse desde la infancia con el miedo, como un mecanismo de defensa que permite la supervivencia y la prevalencia de la especie. Sin embargo la ansiedad se vuelve un trastorno cuando funge como un impedimento para que las personas continúen realizando sus actividades cotidianas, provocando alteraciones sociales, físicas y psicológicas.

La ansiedad por separación, generalmente se da en los primeros años de vida, cuando los niños son incapaces de permanecer lejos de sus padres o de alguna figura de apego, por lo que buscan la manera de permanecer cerca de su cuidador con el objetivo de sentirse protegido y por lo tanto reducir los niveles de ansiedad, sin embargo el foco de atención radica en el tiempo en el que el infante tarda en reducir los niveles de ansiedad sin necesidad de estar cerca de la figura de apego, lo que puede provocar disfunciones en las relaciones sociales o en las actividades cotidianas del menor y de sus padres.

El Trastorno de Ansiedad por separación es uno de las problemáticas más comunes en la infancia, generalmente se originan a partir de un evento activador traumático, como puede ser la muerte de uno de los padres, por lo que es importante retomar ambos temas y visualizarlos como un antecedente del otro; es decir la ansiedad por separación como consecuencia de la muerte paterna.

Por lo tanto se tienen dos problemáticas relacionadas entre sí que pueden ser causantes una de la otra y que afectan directamente a la población infantil, sin embargo existe poca evidencia teórica que describa y estudie dichos fenómenos, lo cual es un hecho preocupante ya que se ignora casi por completo una población vulnerable que puede incluso ser de riesgo, ya que se sabe que es probable que la ansiedad que no es tratada durante la infancia, prevalece hasta la edad adulta.

La presente tesis consta de 4 capítulos, en ellos, se analizó el tema de la ansiedad desde el enfoque cognitivo conductual y se dio especial atención a la ansiedad infantil, específicamente a la ansiedad por separación que viven los

infantes al separarse de sus cuidadores, sin embargo se consideró importante retomar la definición general de la ansiedad, así como realizar una remembranza de los principales tipos de trastorno, tomando en cuenta las definiciones del DSM y el CIE-10.

Dado que la literatura señala que la Ansiedad por separación se activa tras la presencia de una problemática que produce estrés en el infante, se consideró importante significar el duelo como un evento activador, de este modo se analizó la definición del duelo; que hace referencia al conjunto de procesos psicológicos y sociales consecuentes a la pérdida de un ser querido. Se retomaron aspectos importantes como las etapas del duelo y los tipos de duelo que registran diversos autores, con el objetivo de comprender su morfología y esclarecer dichas características orientadas a la población infantil.

En la presente tesis se analizó la importancia de los estilos de crianza que los cuidadores ponen en práctica con los niños y que pueden ser un factor determinante para el desarrollo de la ansiedad infantil, sin embargo, no son los únicos criterios que se toman en cuenta para determinar el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por Separación

En este sentido, se consideró importante tocar el tema del diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por separación, por lo que se definió y describió clínicamente la ansiedad con base en los criterios dados por el DSM para el diagnóstico de ansiedad por separación, es importante identificar aquellos factores asociados con la ansiedad y que pueden fungir como posibles factores, por lo que se definieron los recursos evaluativos que se utilizan para detectar la ansiedad, y se enlistaron algunos de los instrumentos más efectivos, con el objetivo de reunir un conjunto de instrumentos que puedan servir como base para la realización de una batería que aporte la efectividad necesaria para el diagnóstico de la ansiedad por separación en niños mexicanos.

Un diagnóstico certero da pie a la formulación de un plan de intervención efectivo, de acuerdo a las necesidades específicas de cada paciente, por lo que en esta tesis, se consideró importante aportar los tratamientos psicológicos desde la terapia cognitivo-conductual tanto en el trastorno de ansiedad por separación, como en el duelo, ya que, a partir de la literatura revisada, el enfoque cognitivo conductual es el que mayor funcionalidad y efectividad ha registrado para dichos casos, por lo que se describirán algunas herramientas orientadas a la población infantil con base en las técnicas Cognitivo-conductuales.

La Terapia Cognitivo conductual posee una gran cantidad de literatura que aporta técnicas de intervención para la resolución de problemáticas que actualmente existen en la sociedad, en ellas se constata su efectividad y resultados positivos, por lo que se consideró importante retomar la ansiedad y el duelo desde dicho enfoque, sin embargo, en los últimos años se ha acrecentado el uso de fármacos; la literatura los ha considerado como un complemento al enfoque cognitivo-conductual, en casos en donde la terapia no muestra los avances esperados, en este sentido resultó significativo analizar dichas consideraciones.

Es importante retomar estas problemáticas debido a la diversidad de repercusiones psicológicas y sociales que conllevan, una de ellas, orientada al Trastorno de Ansiedad por Separación, que puede desembocar en consecuencias negativas a corto y largo plazo, tanto individuales como a nivel social, por lo que el objetivo de este trabajo de investigación es actuar de manera preventiva ante las consecuencias y repercusiones que puedan traer estos fenómenos en la población infantil, así como dar a conocer de manera teórica las implicaciones psicológicas y sociales de los trastornos ansiosos y depresivos, orientados a un enfoque que posea un respaldo efectivo para la resolución de dichas problemáticas.

CAPITULO 1. TRASTORNO DE ANSIEDAD

Existe una gran ambigüedad respecto al uso del término ansiedad, debido a la multifactorialidad de las causas, popularmente, las personas utilizan el término indiscriminadamente para referirse a diversas situaciones, lo que ha generado el desarrollo de numerosas explicaciones teóricas para su comprensión. En la literatura, se han encontrado una gran diversidad de estudios sobre la ansiedad, la cual es entendida como una reacción emocional, como una respuesta o incluso como un rasgo de la personalidad, entre otros.

Popularmente la ansiedad tiene una relación inherente con la angustia, el estrés, la tensión el temor y el miedo. Es muy común que se confundan estos últimos con la ansiedad, sin embargo existen diferenciaciones importantes de puntualizar.

Echeburúa (1997), menciona que la adquisición de temores se da durante la infancia, como reacciones defensivas innatas y cuyo objetivo es meramente adaptativo, desempeñando un papel protector contra posibles peligros, de esta forma se desarrolla en el individuo la ansiedad pero en mínimas proporciones, cabe mencionar que todo ser humano posee un mínimo rango de ansiedad que le permite permanecer en alerta ante situaciones peligrosas.

De igual forma Sierra (2003) se refiere a la ansiedad como la capacidad para prever el peligro o amenazas a las que se vea expuesto el individuo, concibiéndose como un mecanismo biológico, adaptativo y de protección ante posibles daños para la persona. Para Echeburúa (1997) ésta amenaza de peligro puede ser real o no; es decir, no necesariamente el individuo se encontrará frente algún peligro físico, sino que posiblemente tenga ideas irracionales sobre alguna situación no específica, que surge como miedo sin tener la precisión de la causa, por lo que el objetivo de la ansiedad se ve opacada por un descontrol irracional, que puede provocar consecuencias psicológicas y físicas.

Así pues, podemos encontrar que la principal diferenciación entre el miedo y la ansiedad es precisamente la identificación de la causa, el miedo es considerado

como una respuesta normal si se remite a estímulos específicos. Sierra (2003) menciona que una de las características de la ansiedad es su carácter anticipatorio o la constante preocupación por el futuro, mientras que el miedo es una respuesta ante un peligro inmediato.

Méndez (1999) menciona que la principal diferenciación entre el miedo y la ansiedad es la situación determinante, en concordancia a los autores anteriores, Méndez menciona que el miedo se experimenta de manera anticipatoria o en hallarse de manera directa con el objeto o el estímulo que evoca el miedo, mientras que la ansiedad se presenta de forma continua, debido a la amplia gama de estímulos que pueden generar la ansiedad y que ya han sido generalizados.

Recordemos que Wolpe (citado en Caballo, 1991) postuló que dichos estímulos pueden ser condicionados de manera clásica debido a que se presentan de manera cotidiana en el entorno del individuo. Es importante destacar que por lo general, el individuo no reconoce el estímulo que genera la ansiedad, por lo que ésta es otra característica diferenciadora entre el miedo de la ansiedad.

Rodríguez y Vetere (2011) mencionan algunos de los síntomas propios de la ansiedad en un nivel elevado, generalmente van acompañados de la activación del sistema nervioso por ejemplo la respiración acelerada, tensión muscular, presión en el pecho, así como conductas de escape y evitación, también es común detectar síntomas cognitivos específicos por ejemplo la percepción de amenazas y vulnerabilidad. La atención se ve altamente afectada por lo que existe una dificultad para razonar durante el proceso de ansiedad.

La ansiedad se manifiesta de diferentes formas; físicas y psicológicas, por lo general se presentan ante situaciones que no son reales, indefinibles e impredecibles y se manifiesta tanto en forma de crisis o como un estado persistente que puede saltar a un estado de pánico. (Sierra y Ortega, 2003)

Como ya se ha señalado la ansiedad es muy común en todas las personas, incluso es un punto clave para prevalecer, sin embargo ¿Qué sucede cuando ésta

ansiedad traspasa los límites e impide la funcionalidad social del individuo? Pues bien, es entonces cuando se comienza a hablar de un Trastorno.

Desde el enfoque cognitivo conductual y de acuerdo con Rodríguez y Vetere (2011), el trastorno de ansiedad es caracterizado por una atención selectiva hacia la amenaza y una sobrestimulación de peligro, lo cual produce implicaciones negativas en el bienestar personal, además debido a la dificultad para razonar durante una crisis ansiosa, la evaluación de la situación se da de manera lenta en comparación con las personas que no tiene este trastorno, por lo que los recursos personales y habilidades de afrontamiento de la persona se ven limitados, lo cual traerá como consecuencia una mayor sensación de indefensión, por lo que las personas con dicho trastorno estarán en constante búsqueda de protección, eventualmente, debido a este déficit evaluativo, las personas con este trastorno no son capaces de discriminar entre verdaderas situaciones peligrosas.

Existen además diferentes explicaciones sobre el surgimiento de la ansiedad, por ejemplo Wolpe (citado en Caballo, 1991) postuló que la ansiedad puede ser condicionada a estímulos presentes en la vida cotidiana del individuo y que muchas veces son generalizados a varios estímulos. Este tipo de investigaciones, realizadas por Wolpe, lo orillaron a buscar un tratamiento psicológico para la ansiedad, encontró que esta respuesta puede ser inhibida recíprocamente por una respuesta opuesta, por ejemplo la relajación cuya respuesta está asociada con el aumento de la actividad parasimpática.

1.1 Ansiedad Infantil.

La ansiedad se desarrolla en la infancia de forma innata, como una forma de protección. Es muy común que durante esta etapa, los niños presenten ansiedad al separarse de las personas con las que esté afectivamente ligado, lo cual constituye un mecanismo de protección, como ya se ha mencionado anteriormente.

Santacruz y cols. (2002) mencionan que la ansiedad durante la infancia, se presenta en forma de miedo a estímulos específicos reales, como pueden ser ruidos

fuertes, animales u objetos o personas desconocidas para el infante o estímulos imaginarios como fantasmas o monstruos productos de la ciencia ficción.

De igual forma Solomon (1999) menciona que la ansiedad en los niños de un año de edad, se presenta cuando se le separa de la figura de apego, ante cualquier situación sea de riesgo o no, y el aumento de dicha ansiedad dependerá del control que el niño tenga ante la figura de apego para que ésta no se mantenga alejada del infante, y puede regular la ansiedad. La respuesta que el cuidador tenga durante este fenómeno, será crucial para que el infante, en edades posteriores desarrolle estrategia para la regulación del estrés.

Cuando la ansiedad no se encuentra vinculada a situaciones, eventos u objetos específicos, nos encontramos ante un trastorno de ansiedad generalizada (TAG), que se considera así cuando el niño lo presenta durante más de 6 meses, de acuerdo con Orgiles y colls. (2002) esta especificación es básica para el entendimiento de los trastornos de ansiedad específicos como el trastorno de ansiedad por separación.

De acuerdo con Echeburúa (1997), si la ansiedad se presenta dentro de sus límites, ésta sigue funcionando como un mecanismo protector durante los primeros años de vida.

La mayoría de los niños experimenta diversos miedos de baja intensidad, los cuales son transitorios y generalmente asociados a una determinada edad, eventualmente estos miedos se superan espontáneamente con el curso del desarrollo. Los miedos son universales y varían en función de las distintas edades del niño, por lo que con la madurez emocional del niño y las diferentes experiencias de aprendizaje en el desarrollo que traen consigo nuevas estrategias de afrontamiento contribuyen a suprimir paulatinamente los miedos. Según Echeburúa (2002) Sólo el miedo a los extraños puede subsistir en la vida adulta y resignificarse como timidez.

Son pocos los autores que se han preocupado por el estudio de la ansiedad infantil, tal es el caso de Valiente, Sandín y Chorot (2002) quienes han realizado estudios sobre la sensibilidad a la ansiedad infantil como predictores de riesgo a

sufrir miedos, pánico y otros problemas de ansiedad, estos autores realizaron un estudio con niños, cuyas edades oscilaban entre los 9 y 11 años, se encontró que la sensibilidad a la ansiedad se relaciona con el nivel de miedos de forma más intensa, incluso se encontró que la depresión podría formar parte de un factor general de vulnerabilidad hacia la ansiedad.

1.2 Trastorno de Ansiedad por Separación.

El Trastorno de ansiedad por separación, consiste en la ansiedad desproporcionada que el niño experimenta cuando se separa de un ser querido ya sea de forma real o no, esto sucede especialmente con la madre. Méndez (1999) menciona que la ansiedad del infante que se presenta ante la separación de los cuidadores o del hogar, son un conjunto de respuestas de los sistemas cognitivo, psicofisiológico y motor.

Según el DSM-III-R, 1987, la ansiedad por separación se refiere a la ansiedad excesiva provocada por la separación de las personas con las que el niño posee un vínculo, para ser considerado un trastorno debe durar más de dos semanas, así como presentar por lo menos tres de los siguientes síntomas:

- Una preocupación exagerada y persistente sobre los peligros que puedan sufrir aquellas personas vinculadas afectivamente con el niño, así como el temor de ser abandonados por ellos.
- Temor desproporcionado y duradero a que el niño pueda correr peligro, por ejemplo un accidente.
- El niño se negará a asistir a la escuela con el objetivo de permanecer más tiempo con la persona con la que esté vinculado.
- Temor desproporcionado a ir solo a la cama.
- Evitación persistente de estar solo.
- Pesadillas repetitivas sobre estar solo o sobre la separación.

- Quejas de síntomas físicos, como dolor de cabeza, náuseas, etc.
- Quejas exageradas; es decir suplicar que no lo dejen, etc.

En general, este trastorno incluye miedos irracionales a estar solos, desde ir a la cama hasta asistir a la escuela.

Echeburúa (2002), menciona que los niños afectados por el trastorno cuentan con una edad media de 9 años que ocurre tanto en niñas como en niños, con cierto predominio en las niñas, debido a los estilos de crianza con los que se desarrollan, es decir, existe mayor sobreprotección hacia las mujeres dentro de la sociedad mexicana.

Por su parte, Monjas (2000) también menciona que la edad es un factor determinante para la presentación de conductas de ansiedad en el infante, ya que durante los primeros años de vida, estas representaciones suelen ser motoras o conductuales; es decir se presentan como déficit o carencias de habilidades sociales como charlar, saludar, expresar su opinión, entre otras. Por lo que eventualmente estas características van tomando un carácter cognitivo durante la pubertad y adolescencia.

Existen tres componentes de la ansiedad por separación en niños, el primero de ellos se refiere a la muerte, daño o separación de un ser querido, que se relaciona con separaciones traumáticas y por la preocupación excesiva por la salud de los padres u otros familiares con quienes exista un vínculo, el segundo hace referencia a las situaciones relacionadas con ir a dormir que están relacionadas con la separación durante la noche, por último el tercer componente tiene que ver con los acontecimientos cotidianos o separaciones comunes en la vida cotidiana como pueden ser ir al colegio o separarse de sus padres mientras ellos trabajan. (González, 2002; citado en: Santacruz y cols. 2002).

Méndez (1999) menciona que la respuesta del infante durante la separación con sus cuidadores, dependerá en gran medida de la forma y de la persona que inicie la separación, ya que si la separación se da porque el niño muestra interés ante algún estímulo, el infante no presentará miedo. Pero, si por el contrario, la

separación se presenta en contra de su voluntad, el niño presentará señales de temor, aun cuando su cuidador se encuentre cerca. La separación puede darse por diferentes circunstancias desde acudir a la escuela, por hospitalización, divorcio de sus padres o hasta la muerte de uno de sus cuidadores, tal y como se ha mencionado anteriormente.

1.2.1 Consecuencias a corto y largo plazo en niños.

Debido a la diversidad de factores causantes del Trastorno de Ansiedad por Separación, existen numerosas consecuencias que desembocan en ámbitos específicos, en este sentido el simple hecho de hablar de la muerte de uno de los padres, genera un sinnúmero de secuelas que pueden producirse tanto a corto como a largo plazo.

1.2.2 Emocionales.

La aparición de alteraciones psicológicas en los niños es frecuente durante el proceso del duelo y van desde los depresivos hasta los ansiosos: por ejemplo la ansiedad por separación. Sin embargo, en la etapa infantil es más común, que representen las alteraciones, principalmente en su comportamiento.

Una de las consecuencias que destaca en la Ansiedad por separación, es la indefensión que el niño vive, al perder a su protector, por lo que está en riesgo el sentido de seguridad del niño.

1.2.3 Familiares.

Las consecuencias que trae el Trastorno de Ansiedad por separación, afectan en gran medida el entorno familiar, principalmente al padre sobreviviente; es decir, la incapacidad para realizar actividades sencillas sin ser obstruidas por el Trastorno de Ansiedad del menor, puede provocar una frustración.

Ahora bien, tomando en cuenta que el duelo puede desencadenar un Trastorno de ansiedad por Separación, es importante mencionar que, en ese sentido, el sistema familiar cambia por completo e interviene una serie de cambios

que engloba desde horarios hasta roles, responsabilidades de cada miembro; es decir, se exige una nueva organización un nuevo estilo de comunicación.

1.2.4 Escolares.

La ansiedad por separación puede involucrar consecuencias de tipo escolar, así como dificultades en el desarrollo social; es decir en la relación interpersonal con compañeros. Tomando en cuenta que nos hemos enfocado en la población infantil, incluiremos el ámbito social en este rubro, debido a que, es en la escuela en dónde los niños comienzan con las primeras prácticas de socialización principalmente con personas de su edad.

En este sentido, la socialización se ve afectada en la incapacidad de adaptación, en este caso al ambiente escolar, la consecuencia más significativa es la evitación por asistir a la escuela, debido a la ansiedad que le genera al niño, permanecer lejos de sus cuidadores, esto a su vez, puede generar consecuencias de tipo educativo, como lo son dificultades en el aprendizaje o incluso rezago educativo.

Jadue (2001) menciona que los altos niveles de ansiedad reducen la eficacia en el aprendizaje, debido a que disminuye la atención, la concentración y por lo tanto la retención de la información, impidiendo que se elabore adecuadamente, esto a su vez conlleva a un evidente deterioro escolar y a la dificultad para adaptarse a los procesos de aprendizaje.

Es común que la ansiedad por separación sea relacionada con la fobia escolar, incluso se les ha llegado a considerar como una misma problemática o como problemas diferentes que pueden presentarse en el niño al mismo tiempo. Sin embargo en la ansiedad por separación, el rechazo a ir a la escuela no se relaciona con ningún estímulo concreto presente en el entorno escolar, sino que está vinculado con la separación de la figura de apego y por lo tanto no solo aparece en el contexto escolar sino también en cualquier situación en la que la madre o cualquier persona vinculada al niño no esté presente. (Orgilés y cols. 2009)

1.3 Tipos de trastorno

Los trastornos de ansiedad se consideran como un grupo de trastornos dentro de la clasificación de enfermedades mentales de La Organización Mundial de la Salud, se encuentran clasificados como: Trastorno de ansiedad generalizada y agorafobia, crisis de pánico, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático.

Echeburúa (1998) menciona que la ansiedad puede llegar a ser patológica y manifestarse de una forma “ Brusca y episódica”, como crisis en el trastorno de pánico o bien de una forma “ persistente y continua” sin ningún tipo de crisis; es decir trastorno de ansiedad generalizada y finalmente tras un estrés identificable; es decir Trastorno por estrés postraumático.

Virgen y cols. (2005), realizan una remembranza sobre la clasificación de los trastornos, en la cual, caracterizan a la agorafobia como una preocupación y temor intenso a encontrarse en un lugar muy concurrido o en espacios abiertos, generalmente durante el uso de los transportes públicos, en supermercados, etc. Clínicamente se observan conductas de evitación a estos lugares.

En cuanto a las fobias, el término hace referencia al miedo persistente, irracional, exagerado e invariablemente patológico frente a algún estímulo específico o situación, la cual produce en la persona un estrés grave que puede alterar la capacidad para ser funcional en la vida.

Echeburúa (1997) menciona que en el caso de los niños, algunas fobias específicas pueden interferir de una forma considerable en la vida cotidiana del niño. En cuanto al pronóstico, las fobias específicas tienden a remitir espontáneamente con el paso del tiempo en periodos que oscilan entre 1 y 4 años, un ejemplo de este tipo de fobias, es la fobia escolar, en la que la escuela funge como el estímulo que provoca la ansiedad.

Por otro lado, en cuanto al trastorno obsesivo-compulsivo, menciona que se compone de obsesiones entendidas como pensamientos ilógicos desagradables para la persona, que surgen reiteradamente y que persisten contra la voluntad del

individuo, y de compulsiones entendidas como conductas repetitivas sin sentido en sí mismas pero que consiguen suprimir o reducir la ansiedad que provocan las obsesiones.

Por su parte, Virgen y cols. (2005), mencionan que el trastorno obsesivo-compulsivo se caracteriza por obsesiones e impulsos recurrentes y persistentes que se experimentan como inapropiados y causan ansiedad o malestar. A pesar de que la persona trata de ignorar tales pensamientos, le es muy difícil lograrlo, por lo que intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos; las compulsiones.

En cuanto a la fobia social, Monjas (2000) menciona que es la presencia de ansiedad significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales, ante las cuales el individuo busca evitar dichas situaciones, así mismo hace énfasis en la evaluación negativa que el individuo presenta, es importante destacar, que en estos casos la ansiedad no guarda relación con la situación, si no que el miedo se presenta de forma persistente hasta que la persona evita por completo la situación. Ahora bien, ¿Qué sucede con los niños que presentan fobia social? Pues bien, algunas de las características fueron enlistadas por el mismo autor, partiendo de la ansiedad representada en forma de berrinches o llanto excesivo del menor, así como retraimiento en situaciones sociales o ante personas que son ajenas a su familia. En estos casos el niño es incapaz de reconocer que su temor es excesivo e irracional.

CAPÍTULO 2. DUELO

En este capítulo se abordará el tema del duelo, tras la muerte de un ser querido, entendiéndolo como un antecedente del trastorno de ansiedad por separación. En este sentido, la muerte de un ser querido, específicamente la muerte de los padres puede traer graves consecuencias en el desarrollo de los infantes y persistir en la edad adulta, si el duelo no se desarrolla de manera normal. Por lo tanto, es importante abordarlo desde la definición, características, criterios y fases del duelo para identificar incidencias en el proceso que pudieran obstaculizar su desarrollo y por lo tanto desembocar en un trastorno.

El duelo puede definirse como un proceso, en el que intervienen un conjunto de conductas y emociones que se presentan ante una situación de pérdida, la cual debe tener un valor significativo para la persona; dicho valor dependerá del significado que se le otorga a aquello que se pierde, aunque puede tratarse de una persona, objeto, actividad como el trabajo remunerado, etc., nos enfocaremos únicamente a la pérdida por muerte de un ser querido. En este sentido el duelo adquiere un significado diferente al interponerse características particulares del individuo y su contexto, ya que funge como un proceso adaptativo que le permite reincorporarse a la cotidianidad sin la persona fallecida.

Autores como Meza y cols. (2008), García y Pérez (2013) concuerdan con que el duelo es un proceso normal y por lo tanto adaptativo en el que interviene procesos psicosociales instalados en un contexto que influye considerablemente en la intensidad del duelo y en la forma en la que se vive, por lo tanto intervienen también aspectos de tipo racional y afectivas que contribuyen en la visualización de la nueva forma de percibir el mundo desde una situación catastrófica, pero ¿Cuál es la razón, por la que la muerte puede ser catastrófica? Pues bien, todo radica en la cultura y en la forma en la que se nos ha enseñado a percibir la vida y la muerte, descartando y evitando ésta última a toda costa, visualizándonos como seres finitos, al respecto Martín, M. (2010) menciona que estamos aferrados a nuestro propio

cuerpo y su pleno funcionamiento, por lo que experimentar un proceso de enfermedad o muerte provoca miedo en el individuo.

2.1 Fases del duelo

Ante una situación que provoque miedo y ansiedad en el individuo, debe existir un proceso que le ayude a mantenerse estable, por lo que el duelo funge como un proceso adaptativo, ya que a través de las diferentes etapas que lo conforman, se le permite al doliente expresar diversas emociones que contribuyen en la recuperación y control de su vida.

Las fases del duelo han sido explicadas por diversos autores desde diferentes enfoques, uno de ellos es Elisabeth Kubler-Ross (1989) quien divide el duelo en 5 etapas, a continuación se describe cada una de ellas:

- **Negación.** Es la primera fase de duelo y está caracterizada por la presencia de las emociones de extremo a extremo; es decir, el doliente puede experimentar una tristeza y dolor intenso o simplemente no sentir nada, por lo que puede provocar culpa en el individuo, sin embargo esto puede traer como consecuencia funcional, que la persona sea capaz de realizar los trámites y preparativos que conllevan los ritos funerarios. También es identificada por la incredulidad de la persona ante la noticia de defunción.
- **Enojo.** Puede presentarse hacia otras personas, hacia sí mismo e incluso hacia la persona fallecida. Aunque el enojo puede presentarse en los adultos, esta es una fase característica de los niños.
- **Negociación.** Le permite al individuo ganar tiempo para aceptar la realidad, aunque algunas veces puede retrasar responsabilidades.
- **Depresión.** La persona puede sentirse desamparada, triste, impotente y muchas veces el enojo persiste, sin embargo la intensidad disminuye.
- **Aceptación.** El proceso de adaptación se hace presente cuando la persona es capaz de recordar al difunto sin emociones desagradables para sí mismo, sin embargo su característica más representativa es que el sobreviviente deja

de adherirse al pasado y comienza a fijarse en sus objetivos del futuro, trabajando en el presente.

Aunque las etapas anteriormente descritas tienen más de 18 años en la literatura, aún continúan vigentes para muchos especialistas, sin embargo recientemente se han actualizado y propuesto nuevas etapas del duelo, por ejemplo Meza y cols. (2008) Describen el proceso clínico del duelo, en tres etapas.

La primera de ellas es denominada como “El inicio” o “primera etapa, la cual se caracteriza por un sistema de defensa en donde la persona bloquea todos los procesos de información, generalmente, esta primera etapa inicia desde el informe de la noticia hasta el proceso fúnebre que se lleva a cabo en algunas culturas (velación, ceremonias religiosas, etc.). La segunda etapa es la de mayor duración, en donde la imagen del difunto se vuelve un pensamiento recurrente para el doliente, dichos pensamientos están directamente ligados con la forma en la que el doliente percibe el mundo por lo que permanecer en un estado depresivo es una de las mayores características de esta etapa.

Finalmente la última etapa es el periodo de adaptación paulatina en la que existe un restablecimiento orientado al interés de nuevos objetivos hacia el futuro.

Todas las fases que anteriormente se describen, son muy similares unas de otras y en la literatura han sido complementadas por diversos autores que no difieren entre sí, sin embargo Worden (1997) es quien propone describir el proceso del duelo con cuatro tareas, esto con el fin de orientar al sobreviviente hacia una etapa de aceptación: la primera es aceptar la muerte del ser querido como una realidad; es decir como una separación definitiva, la segunda tarea trata de trabajar las conductas y las emociones así como reconocerlas, es muy importante denotar que si ésta tarea no se cumple, es necesaria la ayuda profesional. La tercera tarea habla sobre la adaptación a un medio en el que el ser querido ya no está, finalmente la última tarea consta de reubicar el significado de la persona fallecida en una etapa en la que no estará más.

A partir de lo anterior, podemos decir que el duelo se desarrolla de manera normal, si el doliente atraviesa y supera satisfactoriamente en esencia las etapas que anteriormente se describen.

2.3 Duelo en la infancia.

Se ha dudado sobre la existencia del duelo en niños, debido a la incapacidad que tienen para entender el significado de muerte, si bien en edades tempranas la muerte no es un concepto claro, cuando el niño es separado de su principal protector; en este caso los padres, experimenta una sensación de desamparo y poca protección

Bowlby (1986) sostiene que los apegos son una conducta normal del ser humano que surge tras la necesidad de sentirse seguros y protegidos, esta conducta se inicia desde los primeros años; infancia y se desarrolla durante la mayor parte de la vida. Estas conductas fueron consideradas como evolutivas y prevalecen a lo largo del tiempo.

En este sentido autores como Bradley (1992) comparan los hallazgos realizados por Bowlby y Lorenz sobre las conductas de impronta en animal, quien afirma la existencia de diversas conductas que favorecen la proximidad protectora de la madre hacia la cría, por ejemplo llorar, agarrar y/o aferrarse a la madre, contacto visual, éstas conductas son muy similares a las que presentan los niños pequeños al ser separados de una figura de apego, por los tanto, los estudios anteriormente descritos, fueron básicos para Bowlby (1986) y su teoría ya que a partir de ellos planteó que dichas conductas estaban presentes durante el primer año de vida de los humanos, y fue denominado como “sistema de conductas” las cuales tenían el objetivo único de prevalecer la sobrevivencia del individuo y están ligadas principalmente con la cercanía de la madre o cuidador como máximo protector.

Bowlby (1986) menciona además que, durante esta primera etapa de vida, los infantes responden a vínculos formales los cuales facilitan el reconocimiento de presencia-ausencia, en términos más delimitados, este concepto permite al infante

distinguir entre una pérdida temporal y una pérdida permanente. En este sentido el hecho de comprender el término “muerte” se reduce únicamente a la idea de una separación o pérdida permanente.

Ahora bien ¿Qué sucede cuando la separación entre el niño y la figura de apego, es permanente? en el caso de la muerte de uno de los padres, significados como la figura de apego, el sistema de conductas se vuelve totalmente inservible, incapaz de aproximar a ambos dadas las circunstancias, entonces ¿Qué opciones inmediatas tiene el infante para obtener la protección que necesita? Indudablemente el infante se verá envuelto en una crisis ante su incapacidad por resolver la cuestión.

Por lo tanto el duelo infantil es la reacción a la separación prolongada de los padres o cuidadores, ya que, aunque para los niños el concepto se torna hacia aspectos biológicos, causales e irreversibles, basta con entender que la separación traerá consecuencias inmediatas como el llanto, en función del sistema de creencias, pero además otras conductas como alteraciones en el sueño, conductas ansiosas, tristeza, descritas por Mazaira y Gago (1999) las cuales están directamente relacionadas con el miedo y la ansiedad por separación.

Ziñartu, Krámer y Wietstruck (2008) mencionan que es hasta los 3 y 4 años de vida, cuando el menor comienza a tener una noción sobre el significado de la palabra muerte, sin embargo es confundido inherentemente con el estar dormido, después, aproximadamente a los 7 años, el niño significa a la muerte como algo temporal y reversible, le adjudica a la persona fallecida funciones como comer, dormir e incluso es visualizado aún con sentimientos y emociones como si estuviese vivo.

En este sentido, resulta importante explicarle a los niños lo sucedido sin utilizar ningún tipo de fantasías o mentiras que dificulten el entendimiento del menor, la mayoría de las veces los adultos ocultan la muerte del ser querido con el objetivo de evitarle un trauma a los menores, sin embargo esto resulta contraproducente, ya que el verdadero trauma se genera al no permitirle al niño desarrollar su propio duelo.

Rodríguez, de la Herrán y Cortina (2015) mencionan que un trauma se genera tras ser expuesto durante un tiempo prolongado a sufrimiento intenso, por lo que explicar de manera clara lo que es la muerte en el momento preciso no les ocasionará ningún problema, el sufrimiento inherente que conlleva la muerte de un padre no se puede evitar, ocultarles la verdad podría disminuir la capacidad de soportar la adversidad en situaciones futuras, éstas autoras sugieren que los adultos deben brindar estrategias de afrontamiento.

La sociedad no solo alberga el miedo a morir, sino también a enfrentarse a este tipo de temas que se han convertido en tabúes junto con la sexualidad y es especialmente a los niños a los que se les evita. Esto, en gran parte se debe a las creencias culturales de cada región en donde se le busca dar una explicación a la muerte, como una forma de prolongar la existencia en diferentes formas y dejar de lado la idea de ser percibidos como seres finitos, pero ¿Cuáles son las consecuencias de no evolucionar en el tema de la educación a la muerte?

Actualmente el sistema familiar ha cambiado significativamente, según datos del INEGI, arrojados en la encuesta intercensal 2015, en México de cada 100 hogares familiares, el 70% son considerados nucleares, éstas familias están formadas por papá, mamá e hijos o por familias monoparentales, las cuales están constituidas por hijos y únicamente uno de los padres, dentro de ésta estadística, los hogares también son clasificados en función de la persona que los dirige; en México el 29% del total de las familias son dirigidos por una mujer, en cifras exactas durante el 2015 había 9 millones 266 mil 211 familias dirigidas por una jefatura femenina, según datos de la misma institución las razones por las que existen familias matriarcales van desde la separación, divorcio y la viudez, en relación con éste último criterio, se señala que el 10.1% de las mujeres con al menos un hijo, son viudas.

Con estos datos se sustenta que tras la muerte del padre, se producen alteraciones en la estructura y dinámica familiar así como en la económica ya que dentro de las familias mexicanas los padres fungen el papel de un miembro activo en cuestión de financiamiento, por lo que se asume que en la mayoría de los casos

éstas mujeres no solo dirigen el hogar, sino que desempeñan alguna actividad económica para solventarlo, además de los cambios sociales y económicos, los sobrevivientes también se afrontan al duelo, es claro que las madres sobrevivientes llevan una gran carga social, económica y psicológica sin embargo los niños también se ven afectados por las mismas problemáticas en diferente forma e intensidad.

A partir de lo anterior se sostiene que el duelo entre niños y adultos no es completamente diferente, sino que se vive con una intensidad diferente a medida que el niño crece; ambos anhelan a la persona fallecida, sin embargo el adulto es capaz de controlar sus emociones en comparación con el niño, quien expresa enojo la mayor parte del tiempo acompañado de cambios drásticos de conducta.

Los efectos en el duelo infantil, no solo se limitan a aspectos psicológicos, sino también a los efectos sociales y económicos. En este sentido Rodríguez y Vedú (2013) denotan algunas consecuencias que afectan principalmente el núcleo familiar, una de ellas es la inestabilidad económica, la formación y la educación de los hijos, el cambio en la dinámica familiar a través de los roles, como una forma de adaptación a la nueva manera de vivir.

Todos estos factores son causantes de estrés para el menor, que a su vez, pueden provocar un deterioro en su salud y en su desempeño académico; es probable que los niños ya no cuenten con la misma atención requerida por uno de los padres, hacia el ámbito escolar, así mismo su propia atención se verá dirigida hacia las nuevas problemáticas del hogar o bien, el niño puede negarse a asistir a clases por temor a estar lejos del padre sobreviviente, fenómeno denominado: ansiedad por separación, el cual será retomado más adelante. Por lo anterior, los autores sostienen que el mayor foco de atención no se encuentra precisamente en las consecuencias inmediatas, sino que se extiende a posibles secuelas a largo plazo.

Villanueva y García (2000) realizaron un estudio en niños cuyas edades oscilaban entre los 2 y 17 años, en la zona sur de la comunidad de Madrid, en donde

analizaron casos de duelo o pérdidas, de un total de 588, 125 de ellos trataba de duelo normal, duelo patológico; en donde había 2 o más ámbitos afectados y más de dos criterios que irrumpen en la personalidad y funcionalidad, y situaciones catastróficas; tras varias pérdidas significativas y repentinas. Se obtuvo que el 15% de los niños presentó ansiedad, un 16% manifestaba síntomas de depresión, un 20% presentaba alteraciones en el rendimiento académico, mientras que el 31% presentaba trastornos en su conducta. Dentro de esta muestra se encontró que el 50% de los niños presentaba las características anteriores tras vivenciar un duelo normal, mientras que el 28% de la población presentaba un duelo patológico.

Lo anterior confirma claramente que los niños también vivencian un duelo tras la muerte o separación de un ser querido y que dentro de los ámbitos y funcionalidades propios de la edad, también se encuentran complicaciones.

Ahora bien, en cuanto a las afectaciones de tipo individual, Gamo y Pazos (2009) mencionan que la construcción de la identidad en el menor, se puede ver afectada tras la muerte y por lo tanto separación de la figura de apego, esta afectación puede traer serias consecuencias dentro del desarrollo de forma pasiva; es decir en forma de abandono, sentirse culpable por la muerte del padre o figura de apego, maduración precoz; esto conlleva a su vez a la modificación del medio y vínculos, esto en el caso de la muerte de uno de los padres, ya que comúnmente el hijo sobreviviente adopta un rol diferente dentro del entorno familiar y/o se transforma la convivencia y relación con el padre sobreviviente y el resto de la familia.

Los factores que se han descrito hasta el momento, pueden generar en los niños preocupaciones constantes tras el cambio de vida a la que se enfrenta, a continuación se enumeran algunas problemáticas comunes que pudieran presentarse y que pudieran considerarse como focos de alerta ante un duelo patológico.

- Ambiente inestable. El reacomodo del sistema familiar es un proceso que lleva tiempo, sin embargo es probable que al extenderlo provoque dificultades en el menor, como en la disciplina y educación.
- Reacción inadecuada del padre sobreviviente tras la muerte del padre.
- Segundas nupcias.
- Inconsistencia en la disciplina. Una de las reacciones más comunes en los niños durante el duelo es el cambio en la conducta, si bien el niño puede mostrar su frustración y enojo por medio de berrinches, es primordial que el padre sobreviviente trabaje con la disciplina del menor, evitando rabietas, agresividad. Por el contrario se sugiere que se le oriente al niño a expresar las emociones que experimenta.
- Euforia. El niño puede tener cambios extremistas en el comportamiento, sin embargo es común que permanezca bastante activo, por miedo a morir; es decir con base en el pensamiento “Los muertos no se mueven”, el niño se mantendrá en constante movimiento, para no significarse muerto, según el concepto que se ha creado.
- Deseos de morir.
- Tipo de muerte. El tipo de muerte es un factor esencial en la forma en la que se reaccionará ante la noticia de muerte. Las muertes inesperadas por accidentes o suicidios suelen traer como consecuencia un duelo patológico en la familia, sin embargo presenciar el deterioro de la salud por una enfermedad terminal, probablemente también traga consecuencias negativas en los hijos, si asumimos que los padres son visualizados como máximos protectores del infante.
- Culpabilidad. Autores como Echeburúa (2007) Villaceros y cols. (2012), entre otros sostienen que la culpa es una característica principal en el proceso del duelo. En ocasiones el niño puede sentirse culpable de la muerte de uno de los padres al no entender la situación. Un ejemplo común es el discurso que algunos padres utilizan para

educar a sus hijos; por ejemplo: “Me vas a matar de un coraje”, por lo que el niño puede asumir que debido a su comportamiento el padre murió.

El tiempo en el que se desarrollen o bien la aparición de más de una de dichas problemáticas puede impedir que el niño desarrolle adecuadamente el duelo, y provocar un duelo de tipo patológico.

2.4 Duelo patológico

El duelo es una reacción esperada que se presenta tras la muerte de una persona con la que haya existido un vínculo afectivo, es considerada, incluso, como el inicio del proceso adaptativo a una vida sin el ser amado, sin embargo existen parámetros que indican cuándo un duelo requiere de atención especializada, en este caso se habla del duelo patológico: cualitativamente es completamente diferente a un duelo normal ya que describe un cuadro clínico de mayor gravedad y de mayor duración, aunque no existe un tiempo determinado para la elaboración del duelo, autores como Echeburúa y Herrán (2007) sostienen que el tiempo aproximado para su elaboración va desde los 6 meses hasta el año.

Hasta el momento, el duelo se ha entendido como el proceso de adaptación en el que intervienen reacciones de tipo físico, social y emocional, tras la muerte de un ser querido, teniendo como principal objetivo la asimilación de la pérdida, en este sentido, entendiéndose como un proceso adaptativo y común, resulta importante determinar en qué momentos el duelo puede considerarse patológico.

Echeburúa y Herrán (2007) lo describen como una pérdida mórbida en donde se destacan tres características principales: la intensificación del duelo en conjunto con la negación de la pérdida, un patrón de conductas desadaptativas y la evolución del proceso: permanece estático, sin ningún tipo de avance. Se habla entonces que el duelo ya no cumple su función adaptativa, provocando que el sobreviviente no sea funcional en su vida cotidiana.

Así mismo se hace hincapié en las estrategias de afrontamiento adoptadas por el doliente, las cuales la mayoría de las veces son erróneas, puntualizando algunas como: aislamiento social, emociones negativas, auto reproches, irritabilidad, anclaje en los recuerdos, entre otras.

Milán y Solano (2010) mencionan que entre el 10% y el 20% de la población que experimenta la muerte de un ser querido, vive un duelo patológico, si bien estas estadísticas no presentan un porcentaje alarmante, es importante el trabajo psicológico con esta minoría ya que dadas las circunstancias y por las características propias del duelo como son las distorsiones cognitivas, enojo, negatividad hacia la vida, evitación dentro de sus actividades cotidianas y disfunción social, este fenómeno puede desembocar en psicopatologías.

Ahora bien, es importante identificar aquellas condiciones que pueden ser predictoras de un duelo complicado, Villacieros, Magaña, Bermejo, Carabias y Serrano (2012) y Gramo, Del Olmo, Hernáñez y García (2000) mencionan que aunque las manifestaciones del duelo patológico pueden ser múltiples y difíciles de delimitar, existen factores que predicen una mayor vulnerabilidad, los cuales se enumeran a continuación:

- Características personales del individuo: como género, edad, historia de vida; pérdidas significativas que haya tenido, duelos no resueltos, estrategias de afrontamiento, escolaridad, religión.
- Características relacionadas con la persona fallecida: Apego o tipo de vínculo que se tenía en vida, edad, parentesco (madre, padre o hijos)
- Características de la muerte: Muerte repentina, Enfermedad, tiempo y evolución de la misma, muerte incierta; no visualizar el cuerpo del fallecido,
- Aspectos relacionales: Redes de apoyo nulas o deficientes, perdida inaceptable socialmente, aspectos sociales o culturales como el luto o ritos funerarios, recordando que su función es facilitar la expresión de la pena.

Sin embargo no solo los factores ya antes mencionados representan un grado de vulnerabilidad, sino que también existen poblaciones específicas que son susceptibles al duelo patológico, Villacieros, et al (2012) realizaron un estudio en donde se analizó el perfil del doliente tomando en cuenta los diferentes factores de riesgo, el parentesco y el tipo de vínculo que se tenía con el fallecido, se encontró que las mujeres son la población más propensa a vivenciar un duelo patológico, así mismo las personas que perdieron a sus hijos o a un cónyuge, combinado con escasas redes de apoyo, presentan síntomas más intensos que podrían desembocar en una psicopatología.

Se ha mencionado ya, que el tiempo también es un factor importante que determina si se presenta un duelo patológico y este lapso de tiempo se entiende desde la muerte del ser querido hasta la resolución del duelo, sin embargo no se ha hablado sobre el tiempo en el que el duelo se desarrolla, pues bien, Milán y Solano (2010) sostienen que el duelo patológico no se desarrolla inmediatamente después de la pérdida, sino que existen diferentes factores que pueden provocar un duelo complicado en la edad adulta; es decir la combinación entre una rigurosa educación por parte del padre sobreviviente y el trastorno de ansiedad por separación durante la infancia puede suscitar una predisposición al duelo patológico durante la edad adulta.

La muerte para un infante puede ser sinónimo de confusión, a causa de su corta experiencia y limitada forma de comprender y asimilar sucesos de gran impacto, aunado a la poca atención que se les brinda, debido a la inexperiencia social acerca del tema, recordemos que la literatura aún es insuficiente, principalmente en nuestro país.

Capítulo 3. Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad por separación.

El diagnóstico psicológico es un proceso de investigación específica y pertinente que se deriva de objetivos delimitados. Se realiza por profesionales de la salud mental y su implicación juega un papel fundamental, ya que el psicólogo es el responsable de orientar dicha investigación para obtener y generar hipótesis sobre la estructura psicológica de un individuo, con el fin de elaborar un plan de intervención adecuado y que permita obtener resultados positivos; es decir, el éxito de la intervención, dependerá en gran medida de un diagnóstico certero.

El diagnóstico temprano también es un factor importante para lograr una intervención exitosa, sin embargo existen indicadores que pasan desapercibidos para los familiares, profesionales o incluso para el mismo individuo.

Es común que los padres confundan las características propias de la ansiedad, con conductas características de la edad, por lo tanto la posibilidad de solicitar ayuda psicológica pasa desapercibida, en el caso del Trastorno de Ansiedad por Separación, con frecuencia existen conductas que afectan directamente el ámbito escolar, por lo que el miedo y la ansiedad que genera dicha situación, son confundidos con rabietas o berrinches para no ir a la escuela sin motivo aparente.

Para generar un diagnóstico es importante delimitar la problemática, el DSM-V define el Trastorno de Ansiedad por Separación de la siguiente manera:

“Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que se siente apego” (APA, 2013, p.129)

En este sentido el nivel de desarrollo del individuo funge un factor importante para determinar si se trata de del Trastorno de Ansiedad por Separación, así mismo existen diferentes criterios que facilitan la determinación del diagnóstico.

3.1 Criterios

A continuación se enumeran los criterios que determina al trastorno de ansiedad por separación según el DSM-V, los cuales se encuentran divididos en tres rubros, el primero de ellos está relacionado directamente con la reacción ante la separación de la figura de apego y se manifiesta con al menos tres de las siguientes condiciones:

- Malestar excesivo y recurrente ante la separación. Este malestar se presenta cuando el menor se separa de su hogar o de una figura de apego.
- El menor presenta una preocupación excesiva ante la posibilidad de perder por daño o muerte a la figura con la que se tiene un apego. Esto se presenta principalmente cuando cuándo se tiene una experiencia previa de la muerte de un familiar o figura de apego.
- Existe preocupación excesiva ante la posibilidad de perder a la figura de apego ante una situación adversa, ajena a la integridad física de la figura de apego; es decir ante una situación de extravío, ser raptado.
- El menor se resiste y rechaza rotundamente salir lejos del hogar. Esto engloba el no asistir a clases; lo cual puede provocar rezago educativo y nula socialización.
- El infante presenta miedo excesivo a estar solo, específicamente sin la figura de apego, por lo que se resistirá a esa situación, en su casa o en una casa ajena.
- El menor se resiste a dormir solo, rechazará la idea de dormir sin la figura de apego, en su casa o en una casa ajena.
- El menor presenta pesadillas recurrentes sobre la separación de su figura de apego.

- El menor se queja por síntomas físicos ante la posibilidad de separarse de su figura de apego.

El segundo rubro describe que el menor presentará miedo persistente y la evitación de diversas conductas estresantes por al menos cuatro semanas.

El tercer rubro menciona que ante la presencia de las situaciones anteriormente planteadas, se presenta malestar clínicamente significativo así como deterioro en los ámbitos social, académico u otras áreas importantes.

Por último se explica que estos criterios son propios del trastorno de ansiedad por separación y no se explican por algún otro trastorno mental.

Aunque los criterios para determinar el diagnóstico temprano son muy claros y explicativos, se sigue haciendo caso omiso al duelo infantil, uno de los causantes del fracaso en su detección es la confusión de los criterios con conductas representativas y vistas como normales de la edad del menor.

Por su parte la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10: Trastornos Mentales y del Comportamiento, emplean los códigos F43.22, F43.23, F43.24 o F43.25 para determinar el duelo normal tras la muerte o desaparición de un miembro de la familia, mientras que para los trastornos de adaptación tras las reacciones de duelo complicado, cuyas manifestaciones sean intensas y duren más de seis meses, debe codificarse como F43.21, en donde se considera como una reacción depresiva prolongada. Para su diagnóstico se debe evaluar la morfología y la gravedad de los síntomas, los antecedentes y la personalidad, así como el acontecimiento o situación estresante.

3.4 Factores asociados.

Existen diversos factores que pueden ser los posibles generadores de ansiedad en los niños, como lo son los estilos de crianza y el entorno familiar, Cía (2004) menciona que es durante la infancia, cuando los padres fungen el rol de modelos para los niños, estos aprendizajes incluyen la interacción social y el desarrollo de esquemas cognitivos a partir de la interacción entre padres e hijos,

Para Cuervo (2009) la socialización en la infancia se da a partir de las prácticas de crianza que se refieren a la forma en la que los padres y/o la estructura familiar desarrollan normas que facilitan la inserción a la sociedad del infante, lo que significa que los niños también pueden aprender, patrones disfuncionales como lo son la evitación de la interacción social.

Algunos de los estilos de crianza con mayor repercusión son el control parental de la autonomía, la inducción de vergüenza hacia los hijos y la sobreprotección, restricción de la interacción social; es decir, mediante la evitación a dichas situaciones, los cuales pueden contribuir para que los niños desarrollen poca confianza en ellos mismos, temor a ser evaluados negativamente o en conjunto, ansiedad social. En este sentido, los niños que han sido sometidos a estos estilos de crianza se caracterizan por ser más temerosos en explorar su entorno por lo que según Cía (2004) es muy probable que presenten ansiedad por separación, así mismo, menciona que es común que estos niños reduzcan sus niveles de ansiedad con el simple hecho de disponer de sus padres o del cuidado por parte de una figura de apego.

Los padres sobreprotectores que resguardan de cualquier situación adversa al hijo, transmiten un temor excesivo, estableciendo un sistema de creencias muy particular, el cual constituye una generalización de peligro ante cualquier situación y que generalmente sucede al exterior del hogar o lejos de los padres.

Para Méndez (1999) El comportamiento que los padres presentan ante las conductas autónomas que desarrollan sus hijos, es fundamental para la evolución del miedo a la separación; es decir si los padres presentan un temor ante la iniciación autónoma de sus hijos ante ciertas circunstancias, como el reconocimiento de su entorno, es muy probable que el niño también presente temor, el cual puede desembocar a una ansiedad por separación.

Siguiendo la línea paternal Cuervo (2009) destaca la importancia de los estilos de crianza como actitudes y comportamientos de los padres, así como del entorno familiar como factores importantes para la prevención de trastornos de

ansiedad, depresión, agresividad, baja autoestima, entre otros, los cuales tienen mayor predisposición si durante el proceso de crianza de los niños se presentan problemáticas de tipo económico o familiar.

El sistema familiar es otro factor que puede predecir la ansiedad por separación, al respecto Pacheco y Ventura (2009) mencionan que las familias aglutinadas, cuya característica principal es la de permanecer agrupadas la mayor parte del tiempo, así como tener vínculos demasiado estrechos, imposibilitan la formación de la autonomía emocional. Los padres, generalmente se caracterizan por ser sobreprotectores con sus hijos, lo cual pondera la falta de autonomía en el menor.

Así mismo Franco, Pérez y de Dios (2014) sostienen que las pautas de crianza son de gran importancia en el desarrollo evolutivo del niño, los cuales pueden influir en la aparición de trastornos como la ansiedad dentro de un entorno familiar hostil; es decir, es mayormente probable que dentro de una familia disfuncional en donde se presente autoritarismo, sobreprotección, escases de afecto, entre otros, se preste para originar ansiedad en el infante, así mismo el hecho de que alguno de los padres presente algún trastorno de ansiedad, influye significativamente en el desarrollo de alteraciones emocionales y cognitivas en los niños, así como comportamientos disruptivos.

3.3 Instrumentos de evaluación.

Para obtener una evaluación adecuada sobre el Trastorno de Ansiedad por Separación es estrictamente fundamental utilizar métodos e instrumentos apropiados y desarrollados por especialistas. Algunos métodos pueden ser desde entrevistas psicológicas, escalas de evaluación, observación y evaluación realizada por familiares o autoevaluaciones.

A continuación se describirán algunos instrumentos cuyo objetivo es identificar si existe un Trastorno de Ansiedad o evaluar sus niveles, dichos instrumentos tienen sustento teórico e incluso han sido utilizados en estudios de muestras grandes, cabe mencionar que dentro de la literatura, la mayoría de los

instrumentos se han realizado en países extranjeros, mientras que en México, son muy pocos los instrumentos desarrollados.

Escala de Ansiedad para Niños de Spence.

(SCAS, por sus siglas en inglés). Spence Children's Anxiety Scale. Fue construido en Australia por Spence (1997). Mide los trastornos de ansiedad en la niñez y adolescencia y es un instrumento de autoinforme, consta de 44 ítems, los cuales están clasificados en los 7 trastornos de ansiedad, que propone el DSM-IV: Seis ítems corresponden a la ansiedad por separación, seis al Trastorno Obsesivo-Compulsivo, seis al pánico, tres a la agorafobia, seis a la ansiedad generalizada y 5 al daño físico. Sin embargo contiene, 6 ítems extras, cuyo objetivo es disminuir el impacto del sesgo negativo. La escala que se maneja en este instrumento se clasifica en 4 opciones que van de 0 (nunca) a 3 (siempre).

Esta escala ofrece ventajas significativas en comparación con otras que buscan mediar la ansiedad infantil, como la sensibilidad a los cambios ejercidos por el tratamiento, un apego a la clasificación del DSM, pero sobre todo, ofrece una aplicación transcultural que es de gran ayuda para la aplicación en diversos países como México en el que no se han realizado estudios ni instrumentos suficientes para la ansiedad infantil, por lo que Hernández, L., Bermúdez, G., Spence, S., González, M., Martínez J., Aguilar, J., Gallegos, J. (2010) buscaron investigar la versión en español para México y si dicha versión confirma la propuesta teórica de la clasificación diagnóstica de la ansiedad infantil según el DSM-IV- TR (APA, 2002), así como su consistencia interna.

En su estudio participaron 554 niños de la Ciudad de México, cuyas edades oscilaban entre los 8 y 12 años de edad, provenientes de escuelas primarias públicas, con nivel socioeconómico medio-bajo.

Se concluyó que en el modelo de seis factores correlacionados, englobados bajo un factor de segundo orden de ansiedad general, sí se sostuvo la clasificación del DSM-IV, mientras que los dos modelos de medida de 38 y 32 ítems revelan en general buenos índices de bondad de ajuste, así como una confiabilidad elevada en

su versión en español además se encontró que este instrumento clasifica los síntomas de la Ansiedad por separación, específicamente en la población mexicana estudiada, debido a que en estudios realizados en países como Japón, esta clasificación no se presentó.

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC).

Fue creado por Spielberger y cols. Entre los años (1973-1982) en California. Inicialmente se elaboró un conjunto de 33 elementos de Ansiedad Estado y otro de 40 preguntas, cuyo objetivo era de evaluar Ansiedad Rasgo. Posteriormente fue adaptado para población infantil española, conformado por dos escalas independientes: una para evaluar la Ansiedad Estado, que contiene 20 elementos para evaluar el nivel de ansiedad del niño en un momento específico y la otra para evaluar la ansiedad Rasgo; es decir, se busca identificar como se siente el niño de manera general o en situaciones no específicas.

El STAIC se ha utilizado para evaluar características de ansiedad en correlación con varios factores, debido a sus valores psicométricos de especificidad conceptual y consistencia interna y es considerado como una prueba diagnóstica adecuado a nivel internacional.

Castrillón, D. y Borrero, P. (2005) realizaron una análisis de la validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (STAIC) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años, en donde el objetivo, además de describir la validez, es el de calcular la confiabilidad del instrumento, mediante un estudio descriptivo-explicativo sobre su validación estructural. La población que participó en la investigación fue un grupo de 670 niños de la Ciudad de Medellín, Antioquia elegidos aleatoriamente con edades que oscilaban entre los 8 y los 15 años. Los autores concluyeron que los ítems se agrupan en seis factores teóricamente distinguibles con una confiabilidad moderada: Factor 1: Temor (ansiedad-estado), Factor 2: Tranquilidad (ansiedad-estado), Factor 3: Preocupación (ansiedad-rasgo), Factor 4: Evitación (ansiedad-rasgo), Factor 5: Somatización (ansiedad- rasgo), Factor 6: Ira y tristeza (ansiedad-rasgo) y aunque el nivel de confiabilidad no es bajo, sí son distinguibles y

suficientemente sólidos. Así mismo se menciona que en concordancia con diversos autores como Caumo y cols. (2000), el instrumento puede calcular niveles de ansiedad correlacionado con diversos fenómenos como nivel de ira, punto de control y ansiedad, la correlación entre el estrés y el comportamiento abusivo de los maestros y las estrategias de afrontamiento que ponen en práctica, factores de riesgo para la ansiedad post operatoria, así como la evaluación del estrés postraumático en infantes.

Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada (CMAS-R2)

Fue creada por Cecil R., Reynolds y Bert O. Richmond (1997). Es conocida también como “Lo que pienso y lo que siento”. Existe una versión anterior creada por Reynolds en 1985, sin embargo se adaptó a la población mexicana y es considerada como una mejora de su antecesor.

Es un instrumento de autoinforme, en el que el individuo únicamente responde “sí” o “no”. Está compuesto por 49 ítems que evalúan el grado y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes con edades que van desde los 6 hasta los 19 años. Además de ofrecer un puntaje total de ansiedad, proporciona cinco calificaciones adicionales:

1. Ansiedad fisiológica: Como lo son las dificultades en el sueño, fatiga, náuseas, etc.
2. Inquietud/ Hipersensibilidad: Se asocia a una preocupación excesiva sobre un evento, que suele calificarse como ambiguo.
3. Preocupaciones sociales/ concentración: La escala intenta focalizarse en pensamientos distractores y miedos de naturaleza social que obstaculizan la concentración.
4. Ansiedad Social: Hace referencia a temores sobre la recepción que los otros tienen del individuo.
5. Escala de defensividad. Esta escala anteriormente era denominada como “miedo” sin embargo causaba algunas confusiones al resolverla.

Este instrumento se ha correlacionado con otras problemáticas dentro de la población infantil, como con la ideación suicida (de la Torre, Cubillas, Román y abril, 2009) la ansiedad y el sobrepeso (Pompa y Montoya, 2011) así como también en su relación con la depresión en niños escolares superdotados (Valadez, Meda y Matsui 2004)

Escala de Ansiedad de Hamilton.

La escala Hamilton debe ser aplicada por un psicólogo clínico, al momento de realizar la entrevista inicial. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad con características psicológicas y a ansiedad somática, por lo que se aconseja distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

CAPITULO 4. TRATAMIENTO DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) cumple una amplia gama en el tratamiento de diversas psicopatologías, con resultados efectivos, entre ellos la ansiedad. Los principios teóricos de la TCC son considerados integradores de diversos enfoques que proponen un cambio conductual en el individuo. Dichas teorías están conformadas por dos vertientes, por un lado las llamadas Terapias Cognitivas-semánticas, cuyo principal objetivo radica en la modificación de los patrones erróneos de pensamiento y las actitudes que subyacen de dichas cogniciones, por las cuales, la realidad de los individuos tiende a ser distorsionada.

Por otro lado la teoría del aprendizaje social resalta que la mayor parte del aprendizaje humano está directamente relacionado con la cognición; es decir que hay una tendencia por parte de los individuos a responder selectivamente a las representaciones cognitivas de los eventos.

En conjunto, ambas teorías proporcionan las bases para el desarrollo del enfoque cognitivo-conductual, el cual destaca la interdependencia de los procesos en el pensamiento, sentimientos y conductas individuales del ser humano, así como en las consecuencias ambientales del entorno en el que se desenvuelve, en este sentido la Terapia Cognitivo Conductual establece que tanto las cogniciones como los ambientes externos del individuo son uno de los tantos factores que determinan conductas, las cuales pueden ser adaptativas o no.

4.1 Aspectos teóricos sobre la Terapia Cognitivo Conductual.

La terapia Cognitivo-Conductual es una de las teorías que plantean su propio modelo terapéutico, se rige de características que complementan su eficacia; es decir, destaca por ser una terapia estructurada y directiva, enfocada a objetivos específicos, que generalmente se logran en un tiempo determinado, mediante la intervención de cogniciones para modificar comportamientos.

En este sentido, la base principal de la terapia cognitivo Conductual radica en la intervención de tres factores que son los pensamientos, las emociones y el comportamiento, en función de una situación o evento activador, esto se puede esquematizarse de la siguiente manera:

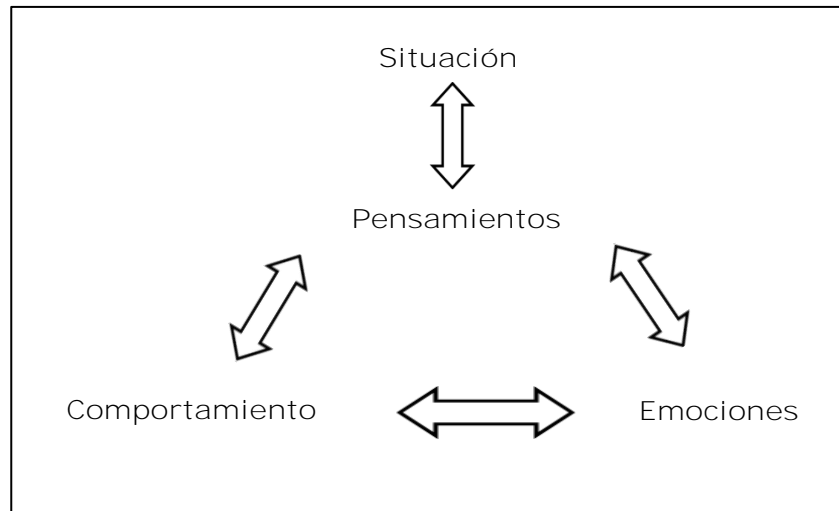


Figura 1. Esquematización de la TCC.

La terapia Cognitivo-Conductual se basa en la premisa de que no es el evento en sí lo que provoca alteraciones negativas en la persona, sino la forma en la que se procesa la información de dicho evento y lo que origina la aparición de pensamientos que desembocan en un comportamiento específico, que puede o no ser adaptativo con su entorno

4.1.1 Terapia Cognitiva de Beck.

El psiquiatra Aaron Beck desarrolló la terapia Cognitiva centrada en los procesos de pensamiento, a partir de sus investigaciones en torno a la depresión, por lo que su supuesto teórico se basa en la estructura del mundo con base en la percepción de la persona, la cual se ve influenciada por una serie de creencias y esquemas que se han suministrado en un proceso de aprendizaje previo.

Meinchenbaum (1988) describe los tres conceptos básicos entorno a la terapia Cognitiva de Beck; los eventos cognitivos, los procesos cognitivos y las estructuras cognitivas.

En cuanto a los eventos cognitivos, se refiere a las imágenes y pensamientos automáticos que tiene una persona, pero de los que no son conscientes, debido a que son extremadamente rápidos. Estos pensamientos están asociados con numerosas emociones que a su vez influyen en el comportamiento.

En este sentido las cogniciones automáticas de una persona deprimida se basan en el pensamiento de sí mismo, como en su desempeño, su posición y necesidades propias, en la percepción que otros tienen de dicha persona y en su futuro, a lo que se le denomina como Triada Cognitiva. Estos pensamientos suelen ser negativos, por lo que provocan un impacto negativo en el individuo.

La lógica que emplea el enfoque cognitivo, con respecto a la depresión es similar a los casos con Trastornos Ansiosos, ya que el tipo de información que se distorsiona es relativa a los estímulos potencialmente peligrosos; es decir, el individuo se centra en aquellas situaciones que ponen en peligro su vida de manera catastrófica y están relacionadas fuertemente con la percepción que tiene de sí mismo, en este caso se visualizan como personas vulnerables e incapaz de protegerse.

En cuanto a los procesos cognitivos, se refiere a la manera en la que pensamos los procesos automáticos del sistema cognitivo; es decir, generalmente no somos conscientes de la forma en la que procesamos la información, sin embargo favorecen la permanencia de estados depresivos o ansiosos. Algunos de los procesos cognitivos descritos por Beck son:

- Razonamiento dicotómico: Es la tendencia a dividir los eventos en opuestos o lo que se conoce popularmente como maximizar un evento más allá de lo que resulta objetivamente.

- Sobregeneralización: Es el proceso de llegar a conclusiones de gran alcance sobre la base de datos escasos y que generalmente se basan en una experiencia previa.
- Magnificación: Es la tendencia a significar los eventos otorgándole una mayor importancia, ignorando su importancia real y objetiva.
- Inferencia arbitraria: Es el proceso de elaborar conclusiones cuando se carece de evidencia.

Finalmente las estructuras cognitivas hace referencia a los esquemas que determinan la interpretación de eventos, que son generalmente importantes para el individuo, por lo que los esquemas ejercen influencia sobre la información y la forma en la que se estructura a partir de los aprendizajes previos en la historia de vida personal.

Es común que las estructuras cognitivas sean aprendidas durante la mayor parte de la vida, y es el entorno familiar quien las administra en forma de tradiciones, refranes, formas de crianza entre otros.

4.1.2 Terapia Racional Emotiva de Ellis.

La terapia racional emotiva (TRE) fue desarrollada por el psicólogo Albert Ellis en 1956. La TRE parte de la premisa que, el sufrimiento emocional es la consecuencia de las formas desadaptativas con las que el individuo percibe el mundo, a través de creencias irracionales, que se ven reflejados en pensamientos y emociones autoderrotistas, estos a su vez desembocan en la conducta con un efecto adverso.

Lo anterior, puede identificarse con el ABC de Ellis, en donde A, hace referencia a los eventos activadores a los que responde el individuo, C es la respuesta emocional o conductual que el individuo presenta y finalmente B, hace referencia a las creencias que el individuo tiene sobre los eventos activadores (A) y son en mayor grado las que explican la presencia de la respuesta emocional (C), por lo tanto se considera que B es el mediador fundamental entre A y C.

Por lo tanto, un elemento activador (A), por ejemplo, la muerte de los padres en el caso de los niños o la ansiedad que causa la separación de los padres, puede provocar consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas (c) y generar a su vez un conjunto de creencias (B).

Meinchenbaum, menciona que la Terapia Racional Emotiva cumple tres aspectos fundamentales para su efectividad y es que en ella, el terapeuta debe determinar los eventos que perturban al paciente, descubrir las pautas específicas de pensamiento y creencias subyacentes que constituyen la respuesta interna a eventos determinados, causantes de generar emociones negativas y finalmente modificar dichos pensamientos y creencias.

En este sentido es importante resaltar la importancia de los pensamientos y autoafirmaciones en las operaciones cognitivas, ya que son reguladas por las estructuras cognitivas, por lo que los productos cognitivos, son el resultado final, sin embargo dicho proceso es complejo y distinto para cada trastorno; es decir son precisamente los pensamientos automáticos los que le dan una descripción específica.

4.2 Técnicas Cognitivo-Conductuales para el tratamiento de la ansiedad.

La terapia cognitivo-conductual, cuenta con una amplia gama de técnicas que se ajustan a las necesidades de cada paciente y caso en específico, diversos autores especialistas en el tema han sugerido a la TCC como una de las más eficaces para el tratamiento de la ansiedad y han colaborado con la elaboración de intervenciones. A pesar de la variedad que existe entre ellas, se encuentran semejanzas en las técnicas implementadas, por ejemplo Kendall (2010) propone un manual de intervención, que consta que 16 sesiones, enfocado a menores con Trastornos de Ansiedad Generalizada, Fobia social y Trastorno de Ansiedad por separación. El objetivo terapéutico consiste en enseñarles a los niños a reconocer los primeros signos de ansiedad y estrategias para el manejo de la misma por medio de 8 sesiones de entrenamiento y 8 sesiones en técnicas de exposición, que fungen

como práctica. La característica principal de este tratamiento es la incorporación gradual del niño a eventos que le causan ansiedad, por medio de juegos y una vez más se destaca la interacción del cuidador principal dentro de la terapia.

Por su parte Friedberg y McClure (2002) recomiendan la implementación de estrategias de un modo graduado y secuencial para el proceso de intervención, dichas técnicas están orientadas a la población infantil y buscan incluirse por medio del juego. A continuación se explicará brevemente los objetivos de las técnicas, comúnmente utilizadas, desde la más sencilla hasta la más compleja, orientadas a la población infantil:

Automonitorización.

Se conoce como la capacidad que adquiere el paciente al identificar cómo y en qué momentos se presentan diversas sensaciones, pensamientos y conductas. Se recomienda utilizar autoregistros de situaciones y conductas específicas, con el fin de que el paciente las identifique en su vida y se dé cuenta de la intensidad y frecuencia con las que se presentan en el día a día.

- Pintar burbujas. Evalúa unidades subjetivas de malestar, por lo que funge como base para la elaboración de jerarquías de miedo o ansiedad.
- Vías de mis miedos. Identifica los componentes cognitivos, emocionales, interpersonales, fisiológicos y conductuales del miedo. En esta herramienta, se utilizan imágenes de vagones de trenes, para niños, que están situados en estaciones, por ejemplo la estación del pensamiento, la estación de las acciones, la estación de las emociones y la estación del cuerpo. En cada estación hay un vagón y a su vez, en cada vagón hay preguntas de tipo ¿Qué pasa por tu cabeza cuando tienes miedo? ¿En qué lugares tienes miedo? ¿Cómo te sientes cuándo tienes miedo? ¿Qué sensaciones corporales se presentan cuando tienes miedo?

- Termómetro de miedo. Evalúa niveles, en este caso “grados” de miedo y ansiedad, que van de los más leves hasta los niveles más altos.
- Inventarios de autoinforme. La realización de estos inventarios, en forma de diarios, permite realizar una evaluación cuantitativa y cualitativa de los componentes específicos de los miedos y ansiedades.

Entrenamiento en relajación.

Existen diversos procedimientos que generan un estado de relajación, su objetivo principal es que el paciente logre identificar el origen de la ansiedad, así como determinar si se trata de una respuesta aprendida o si se debe a una problemática de origen orgánico. A continuación se describen algunas técnicas:

- Relajación progresiva de Jacobson. Ésta técnica es conocida como relajación muscular progresiva; consiste en la tensión y distensión de distintos grupos musculares. El objetivo de ésta técnica es lograr que el paciente identifique las señales fisiológicas que se presentan principalmente en los músculos cuando se encuentra en estado de tensión. La práctica repetida de este procedimiento, ayuda al paciente a discriminar la experiencia de la tensión en su cuerpo, y combatirlas con respuestas de relajación, con el fin de evocar un estado relajante ante las situaciones estresantes de la vida diaria.
- Entrenamiento Autógeno de Shultz. En ésta técnica se busca que el paciente sea capaz, por sí mismo de lograr un estado de relajación, con la premisa de que una adecuada representación mental generará un cambio corporal.
- Técnicas de Respiración. La respiración es un proceso muy importante para la regulación fisiológica del organismo, durante las respuestas ansiosas. El objetivo es que el paciente sea consciente de su respiración ante situaciones que generen ansiedad, para ser capaz de utilizar alguna de las formas de respiración. Para esto es necesario un entrenamiento previo para lograr un control total de las mismas. Existen 3 tipos de respiración y a continuación se describe cada una:

- a) Respiración torácica. Propicia la activación fisiológica, se recomienda realizarla durante el día, ya que es cuando el organismo se encuentra activo en función de las demandas del medio en situaciones de ansiedad, estrés y actividad física.
- b) Respiración diafragmática. Propicia la reparación del equilibrio homeostático, que es alterado por la actividad diaria. Se recomienda realizarla por la noche o mientras el organismo esté en reposo
- c) Respiración mixta. Es la combinación de respiración con movimiento torácico y diafragmático; al respirar, tanto el torax como el abdomen se elevan.

Inoculación del estrés.

Esta técnica se refiere al conjunto de habilidades con el que se le entrena a la persona, con el objetivo de enfrentar las situaciones estresantes. La particularidad de este tipo de intervención es lograr que la persona aprenda a interpretar sus problemas desde un modelo específico, permitiéndoles elegir las técnicas que se ajusten mejor a las demandas del contexto, finalmente, se somete a la persona a situaciones estresantes similares a sus problemáticas pero de intensidad moderada, para que pueda poner en práctica lo aprendido.

Las principales habilidades por aprender, están ligadas al control efectivo de la tensión o ansiedad, la modificación de los contenidos cognitivos que ocurren antes, durante y después del enfrentamiento con el evento activador. El procedimiento consta de tres fases:

- a) Fase educativa.
- b) Fase de entrenamiento o adquisición de habilidades.
- c) Fase de Aplicación.

Habilidades sociales.

De acuerdo con Caballo (1997) las habilidades sociales son un conjunto de técnicas cuyo objetivo es entrenar al paciente con conductas interpersonales apropiadas y obtener capacidades competentes en las situaciones sociales, de este modo el paciente será capaz de expresar sus sentimientos, deseos o derechos de un modo socialmente adecuado; es decir, aceptado por otros y obteniendo así una disminución de respuestas ansiosas.

- Juegos con muñecos. El entrenamiento de habilidades sociales, puede realizarse por medio del juego, utilizando muñecos y/o escenificando escenas, esto permite la práctica de las habilidades sociales aprendidas de modo gradual y divertido.
- Banco de niebla. Proporciona a los niños habilidades verbales que le permiten rechazar insultos, en este sentido, es importante trabajar con las habilidades sociales debido a la inadaptación que puede provocar en el entorno social el TAS.

Autoinstrucciones.

En ésta técnica se busca modificar las autoverbalizaciones que el paciente realiza ante cualquier actividad o evento, reemplazándolas por otras que le permitan finalizar su actividad o resolver una problemática. Para lograrlo, se aconseja seguir el siguiente esquema, con la posibilidad de modificarlo de acuerdo a las necesidades del paciente

- a) Definición del problema.

- b) Aproximación al problema. Identificar las herramientas que el individuo posee.
- c) Focalización de la atención.
- d) Autoreforzo.
- e) Verbalización para hacer frente a los errores.
- f) Autoevaluación.
- g) Autoreforzo.

Para el entrenamiento el terapeuta debe modelar la tarea junto con las autoinstrucciones en voz alta, posteriormente el niño realiza la tarea mientras el psicólogo repite las autoinstrucciones, una vez logrado, es momento de que el niño realice la tarea a la vez que repite las autoinstrucciones. Finalmente el niño realiza la actividad, mientras vocaliza las autoinstrucciones y paulatinamente las dirá con un volumen de voz, cada vez más bajo.

Predicción de la ansiedad.

Ésta técnica consiste en lograr que el paciente sea consciente de las reacciones fisiológicas que presenta ante una situación que le genere ansiedad. Una vez identificadas, el paciente será capaz de predecir la ansiedad y evitar que ésta lo limite a conductas poco adaptativas.

Descatastrofización.

Ésta técnica permite cuestionar los pensamientos irracionales sobre una situación que genera ansiedad. Existen preguntas claves que nos permiten cumplir el objetivo de ésta técnica, primeramente es importante identificar la situación que el paciente considera catastrófica, posteriormente el psicólogo debe cuestionar y poner en tema de discusión las situaciones positivas y negativas que pudieran surgir del evento que le provoca ansiedad, de este modo, el paciente podrá determinar cuál de las dos situaciones es más probable que suceda y la manera de actuar en caso de presentarse una situación negativa.

Exposición gradual.

Es un entrenamiento paulatino a situaciones temidas por el menor. Se conoce como periodo de habituación, en donde se mengua naturalmente la ansiedad que le produce al niño, permanecer lejos de su madre o cuidador. Este periodo se basa en la premisa de que, si el menor afronta ordinariamente dicha situación por un periodo considerable de tiempo, eventualmente será un evento común para él. Es importante considerar la presencia cercana del padre durante este entrenamiento, para tranquilizar al niño. A través de la exposición repetida y prolongada a éstas situaciones, las respuestas de ansiedad se extinguen progresivamente. Existen diversos procedimientos para llevar a cabo la exposición gradual, en donde se confronta a situaciones que desencadenan niveles altos de ansiedad. Por ejemplo, puede realizarse por medio de la imaginación o en vivo.

Desensibilización sistemática.

Otra variante de la exposición gradual, es la desensibilización sistemática, el objetivo de esta técnica es reducir las respuestas de ansiedad y las conductas de evitación por medio de la imaginación. Debe realizarse de manera gradual, comenzando con el entrenamiento en relajación y con la ayuda de una jerarquía de situaciones o estímulos evocadores de ansiedad, de menor a mayor grado. Para erradicar estas respuestas ansiosas es necesario inducir una respuesta incompatible, en este caso con un estado de relajación, en cada nivel de la jerarquización, por lo que es importante evaluar cada una de ellas.

4.3 Tratamiento Cognitivo-Conductual para casos con diagnóstico de Duelo.

Se han estudiado los antecedentes del el Trastorno de Ansiedad por Separación y uno de ellos es el Duelo tras la muerte de cuidador o cuidadores principales del niño, en este sentido es importante enlazar ambas psicopatologías para su tratamiento, tomando en cuentas las características particulares de cada niño, en este caso, una vez implementadas las estrategias terapéuticas para el tratamiento de la ansiedad, como la relajación, es necesario orientarlas ahora, al tratamiento del Duelo.

La meta de la terapia para el tratamiento del duelo, consiste en identificar y resolver los conflictos que surgen tras la separación y que imposibilitan el desarrollo de la vida cotidiana del sobreviviente. Así como enfrentarse con aquellos sentimientos y emociones presentes o que se hayan presentado con el ser querido cuando éste vivía, en este sentido pueden presentarse algunas complicaciones, como la evitación; la resistencia a recordar y reabrir el caso, por lo tanto es fundamental que el terapeuta establezca un lazo de comunicación efectiva por medio del rapport, así como la descripción de la terapia según el enfoque, los objetivos específicos a abordar y el tiempo que se necesitará para lograrlos.

Los procedimientos terapéuticos dependerán en gran medida de la formación del terapeuta y desde el enfoque con el que se trabaje, y de acuerdo con Worden (2013) existen procedimientos necesarios y que fungen como base universal para la terapia, a continuación se describen algunos procedimientos básicos:

- En primera instancia, se sugiere descartar enfermedades físicas, no se debe iniciar o continuar una terapia cuya causa principal sea un dolor o padecimiento físico que pueda ser confundido con los síntomas propios del duelo, ya que pudieran confundirse con una enfermedad orgánica e ignorar atención médica.
- Es importante establecer una alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta, este procedimiento requiere de mucha habilidad y experiencia por parte del psicólogo, para hacer entender al paciente la necesidad y el beneficio de explorar la relación que existió con la o las personas fallecidas. Para realizar este análisis, el terapeuta se convierte transitoriamente en la persona que el paciente perdió, siendo consiente que en esa relación pueden existir sentimientos como enojo y culpabilidad. En ambos casos es importante que el psicólogo ayude a confrontar las emociones negativas y la realidad, debido a que dichas emociones suelen ser irracionales.

- Al analizar la relación que hubo entre el paciente y la persona fallecida, indudablemente se necesita que el terapeuta realice preguntas y actividades que ayuden al paciente a revivir los recuerdos del fallecido, este es considerado otro procedimiento básico. Es importante la construcción preliminar de recuerdos positivos, durante las primeras sesiones, como datos previos que ayuden a confrontar recuerdos y emociones negativas, en caso de ser necesario, por lo que se anima al doliente a comentar sucesos dolorosos, enfadosos o que hayan causado desilusión, esto con el fin de lograr un equilibrio emocional.
- Otro aspecto importante a retomar, es el detección de tareas no resueltas, esto descrito anteriormente en el capítulo 1, donde se habla sobre las cuatro tareas para la resolución del duelo: Si la tarea I sobre negación, no se ha resuelto, la terapia debe basarse en la aceptación de la muerte y de la realidad, si se trata de la tarea II, la terapia debe centrarse en la aceptación de emociones negativas y positivas y normalizarlas en el proceso de duelo sin sentir culpa, logrando un equilibrio entre ambos extremos y logrando así una resignificación en la relación con la persona perdida. Por su parte, si la tarea III no se ha resuelto, la terapia debe centrarse en la resolución de problemas, ensayando nuevas habilidades. Finalmente, si la tarea IV no se ha resuelto el terapeuta, debe encaminar al paciente a emanciparse del apego con el fallecido, para construir nuevas relaciones.
- Es común encontrar en el discurso del doliente descripciones superlativas, sobre la persona fallecida; es decir, la descripción se basa en el engrandecimiento de la persona fallecida, destacando sus aspectos positivos, es importante que el terapeuta no detenga este proceso y permita que el doliente describa de esta manera a su ser querido al principio de la terapia, como ya se ha mencionado anteriormente. La descripción superlativa, en ocasiones refleja un

enojo enmascarado por parte del doliente, esto debe profundizarse poco a poco, de tal manera que, paulatinamente, el paciente narrará también emociones ambivalentes, para finalmente descubrir su enfado. Una vez logrado esto, se debe encaminar al paciente a darse cuenta que estas emociones negativas no minimizan las emociones positivas o de afecto que tiene hacia el fallecido.

- Es importante explorar y desactivar objetos de vinculación, que hacen referencia aquellos artículos simbólicos que el doliente guarda para mantener una relación con la persona fallecida ya que puede suceder que estos objetos obstaculicen la irresolución del duelo. Según Volkan (1972, citado en Worden (2013) los objetos de vinculación pueden ser elegidos porque 1) fueron pertenencias del fallecido, 2) Alguna ampliación sensorial del difunto, como grabadoras o cámaras fotográficas, 3) representaciones gráficas como fotografías, 4) Algún objeto o pertenencia que el doliente tenía cuando recibió la noticia de la defunción de su ser querido.
- Es importante que durante la intervención, el psicólogo encamine al paciente para reconocer la finalidad de la pérdida; algunas personas no reconocen que la muerte es la culminación de un ciclo, por lo que tiempo después de la muerte, tienen la creencia de que la persona fallecida volverá. En este caso el psicólogo debe ayudar al paciente a entender el porqué de su no aceptación ante la muerte, en muchos casos suele suceder que los dolientes evitan responsabilidades, por lo que viven en una fantasía continua. Este fenómeno es vivenciado principalmente por niños, debido a que no tienen una idea clara de la muerte, por lo que consideran que solo están vivenciado un alejamiento temporal con el ser querido.

Una vez establecida la intervención con base en los elementos anteriores, en conjunto con las técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento de la ansiedad,

orientadas al duelo, el psicólogo también puede auxiliarse de algunas otras técnicas básicas de la terapia cognitivo conductual como las descritas a continuación:

Educación afectiva o psicoeducación.

Es importante que el psicólogo comience con una explicación teórica pero clara y concisa sobre las emociones, así la identificación de ellas será más sencilla. Así mismo es necesario la identificación y comprensión de signos fisiológicos (en este caso la intervención médica ayuda a descartar síntomas externos), conductuales y cognitivos, este modelo tripartito es la base principal en el TCC, una de sus características es ayudar a discernir entre los sentimientos excesivos y poco realistas, conocidos como pensamientos irracionales, entre sentimientos armónicos y funcionales dentro de la vida cotidiana.

Reestructuración cognitiva.

Consiste en el análisis cuidadoso de los pensamientos automáticos reportados por el paciente, y que suceden durante eventos problemáticos, de esta manera, se trata de especificar concretamente el significado subjetivo del pensamiento, para esto, el psicólogo realiza preguntas focalizadas en el pensamiento y en la evidencia en la que se basa, la cual pudiera cuestionar el pensamiento mismo. La meta es lograr que el paciente considere valoraciones e interpretaciones más realistas y adaptativas. Cabe destacar que el desafío de pensamientos automáticos negativos trata de generalizar los cambios de dichos patrones cognitivos problemáticos, a través de la práctica repetida en contextos de la vida diaria, con el fin de consolidar cambios.

Una situación frecuente en los dolientes, que evita la resolución del duelo, es la creencia de olvidar por completo al ser amado, por lo que es importante la detección de pensamientos irracionales, por medio del cuestionamiento acerca de las implicaciones que tiene el asistir a terapia o resolver un duelo complicado,

enfocándose en los beneficios. Estos pacientes necesitan centrarse en una nueva forma de recordar a sus seres queridos de manera funcional.

El entrenamiento en solución de problemas.

El objetivo de ésta técnica consiste en facilitar al paciente, el afrontamiento de situaciones de conflicto o que provoquen estrés. Durante el transcurso de la terapia, el psicólogo enseñará las diferentes fases que culminan en la resolución de un problema, con el propósito de ser empleadas en eventos problemáticos de la vida diaria. En concreto, las fases del entrenamiento en solución de problemas son:

- a) Orientación hacía el problema.
- b) Definición concreta del problema.
- c) Generación de posibles soluciones.
- d) Examinación de las ventajas y desventajas de cada una de las soluciones generadas.
- e) Elección de la solución preferida.
- f) Puesta en práctica de la solución.
- g) Evaluación de los resultados.

Roleplaying.

Ésta técnica tiene como objetivo la superación del egocentrismo, otorgando al paciente una visión amplia del problema, mediante la recreación de los roles y las formas de interacción que el paciente tiene con otras personas. Se puede asumir el papel de otro tomando su perspectiva, con la oportunidad de reflexionarla y empatizar.

Refuerzo positivo.

Es importante que toda nueva conducta adaptativa sea recompensada con elogios o algún tipo de reforzador positivo para asegurar y mantener y alentar el cambio conductual, en este sentido Soler, Herrera, Buitrago y Barón (2009) mencionan que para desarrollar una cadena de respuestas deseadas en niños, es necesario reforzar una respuesta existente que pueda relacionarse con la conducta deseada; en términos teóricos: moldeamiento, esto por medio de un lenguaje claro y sencillo, evitando el uso de tecnicismos.

Por último es fundamental encaminar al paciente a despedirse del difunto, manteniendo la idea de que esto no es sinónimo de olvido hacia la persona, ni sus recuerdos, sino hace referencia a despedirse del deseo de que el difunto regrese a la vida; de despedirse el sufrimiento constante y reconstruir sus vidas por su propia iniciativa.

4.4 Eficacia de la terapia Cognitivo-Conductual.

Miller y Berman (citados en Meichenbaum (1988) publicaron un análisis detallados sobre la eficacia de la terapia cognitivo conductual, por medio de una revisión cuantitativa; destacan que la TCC ha sido utilizada para tratar depresión, ansiedad, fobias, entre otras psicopatologías, si bien plantean que en su búsqueda no encontraron relevancia en cuanto a superioridad en comparación con otros enfoques, la TCC ofrece una amplia variedad en las categorías de diagnóstico y eficacia tanto en la intervención individual como de grupo. Es cierto que la intervención Cognitivo conductual implementada en grupos, en comparación con la terapia individual, no presenta grandes desventajas una de la otra, sin embargo en cuanto al costo-beneficio existe una notable preeminencia.

Autores como Garay, Korman y Kegan (2008), Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés (2003), Sánchez (2003) afirman que existe una gran variedad de literatura, entre libros y artículos científicas que avalan la eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual tanto de manera individual como de grupo, especialmente en psicopatología como la depresión y las variantes de ansiedad. En ambas modalidades de intervención las técnicas que se implementan no son diferentes una

de la otra, ya que se utilizan técnicas conjuntas como la psicoeducación, reestructuración cognitiva, role-playing, exposición en vivo y generalmente tienen una duración de 12 semanas, sin embargo no necesariamente siempre se cumple con este periodo de tiempo y dependerá de las diversas variables involucradas.

Debido a que el Trastorno de Ansiedad por Separación es uno de los trastornos más recurrentes en niños con una edad promedio de 9 años, es de vital importancia implementar programas de intervención temprana ya que este tipo de trastornos ansiosos son considerados por autores como Orgilés (2003), como alteraciones que incapacitan al menor a corto y largo plazo en su vida cotidiana en diferentes ámbitos, como lo son el social, escolar y familiar, por lo que recomienda de manera puntualizada que el tratamiento debe estar combinado con intervención familiar, en su estudio cita a Barret (1995) quien diseñó una intervención de 12 sesiones para las familias de niños con TAS o Ansiedad Generalizada, la cual consistió en enseñar a los padres entender la ansiedad de sus hijos y transmitir aprendizajes como el afrontamiento a diversas situaciones, a recompensar el comportamiento valiente del menor y a extinguir las conductas ansiosas, por medio de un entrenamiento de refuerzo contingente ante el afrontamiento de eventos que generan ansiedad en sus hijos.

Así mismo, a los padres, se les enseñó a identificar y manejar sus preocupaciones propias, mediante un entrenamiento de habilidades en la comunicación y resolución de problemas, esto con el objetivo de que los logros obtenidos en la terapia, prevalezcan al término de la misma, y no se vean entorpecidos por los estilos de crianza que se ejecutaban antes de asistir a la terapia.

Es importante destacar que debido a que el Trastorno de Ansiedad por Separación consta de una dependencia mutua y excesiva entre padre e hijo, ligada consecuentemente con los estilos de crianza, es necesario incluir al cuidador directo; es decir no solamente considerar una sesión individual o conjunta sino las reacciones ante las indicaciones o sugerencias del psicólogo, ya que puede ser determinante para entorpecer o agilizar la terapia. El diagnóstico de la ansiedad

es un factor determinante para la elaboración, planeación e implementación de un tratamiento adecuado y que pronostique resultados positivos.

Pacheco y Ventura (2009) sugieren que la terapia debe trabajarse conjuntamente con psicólogo, pediatra y psiquiatra, los dos últimos para no dejar de lado el ámbito médico; desde descartar o identificar síntomas físicos comunes en el TAS, hasta la medicación conjunta en casos severos, por parte del psiquiatra.

4.3 Uso de fármacos como complemento de la Terapia cognitivo-Conductual

La terapia Cognitivo-Conductual ha demostrada eficiencia no solo en los Trastornos de Ansiedad, si no en diversas psicopatologías, como se ha planteado hasta el momento, sin embargo existen autores como Sánchez, et al (2003) y Pacheco, et al (2009), que sugieren la integración de fármacos al tratamiento Cognitivo- Conductual, tanto en niños como en adultos, generalmente el uso de tratamientos farmacológicos se reduce a dos tipos: los ansiolíticos y los antidepresivos, ambos actúan químicamente sobre los sistemas de neurotransmisión, regulando la actividad de determinadas áreas del sistema nervioso.

Los ansiolíticos más utilizados pertenecen al grupo de las benzodiazepinas de alta potencia las cuales producen un efecto tranquilizante, reduciendo los síntomas de la ansiedad, así como su intensidad y frecuencia.

Cabe destacar que la psicofarmacología se sugiere solo en casos severos de ansiedad; es decir cuando ésta es invalida por completo al niño evitando conductas adaptativas, o bien cuando después de un tiempo considerable de terapia (6-8 semanas) no se encuentre ningún avance o mejoría, como la disminución de la ansiedad.

Mientras que Pacheco, et al (2009) menciona que los fármacos funcionales en el tratamiento del TAS, resultan ser los inhibidores selectivos de receptación (ISRS) por su efecto ansiolítico y antidepresivo, autores como Mollejo (2005) menciona que, al menos en España, los ISRS están completamente prohibidos

para menores de 18 años, implementados comúnmente para Trastornos Depresivos o de ansiedad, con la excepción de que surja la necesidad clínica, empero deberá llevarse un seguimiento ante la posibilidad de la aparición de comportamiento suicida o autolesiones durante el inicio del tratamiento. Sin embargo cabe destacar que el estudio anteriormente mencionado fue realizado hace más de 10 años en un continente totalmente diferente al nuestro y desarrollado en diferentes ámbitos, por lo que es importante analizar datos actuales sobre el uso de estos psicofármacos.

La literatura menciona en repetidas ocasiones que el uso de fármacos, tiene una reputación poco favorecida en la cultura general, sin embargo no se encuentran registros de efectos mortales en los pacientes, siempre y cuando estén bajo la supervisión médica y especializada, como un trabajo multidisciplinario del que se ha hablado anteriormente.

Al respecto Chávez, Ontiveros y Serrano (2008) mencionan que se realizó una prueba para determinar la eficacia de los ISRS en el tratamiento de niños y adolescentes en 27 ensayos clínicos controlados en menores con Trastornos de ansiedad y depresivos, estos resultados demostraron la eficacia de dichos psicofármacos, además de demostrar que las ideaciones suicidas se presentaban en un índice muy bajo, por lo que concluyeron que los ISRS cuentan con beneficios favorables para el tratamiento depresivo mayor, obsesivo compulsivo y ansiedad en pediatría severos, sin atentar contra la vida de los usuarios.

CONCLUSIONES.

La ansiedad por separación es un fenómeno común que se presenta, de manera general durante los primeros años de vida, funge como una respuesta adaptativa, con el objetivo de permanecer protegidos, por lo que eventualmente y a medida que el individuo adquiere estrategias de afrontamiento y herramientas psicológicas como la seguridad, la ansiedad por separación disminuye.

Sin embargo la ansiedad por separación puede reaparecer ante situaciones generadoras de estrés para el infante o incluso tras una situación que genere impacto emocional, como enfermedad o muerte de alguna figura de apego o incluso de sus cuidadores principales.

En la literatura, existe poco registro acerca del duelo que viven los niños, lo que pone de manifiesto la escasa investigación y por lo tanto medidas de acción hacia una población vulnerable, por lo que es importante analizar a fondo el fenómeno, así como las principales características psicológicas y conductuales que permitan una identificación oportuna. Existen criterios establecidos, sin embargo no están orientados a la población infantil, ni delimitan los comportamientos esperados en etapas específicas.

Debido al poco respaldo teórico que se posee hacia la población infantil en función de los trastornos ansiosos y depresivos, se sugiere retomar las investigaciones teóricas, así como la elaboración de baterías evaluativas con base en datos específicos y orientados hacia la población infantil mexicana.

El Trastorno de ansiedad por separación puede traer graves consecuencias, como la falta de habilidades sociales para la integración de grupos, que pueden afectar a corto plazo; por ejemplo, en el ámbito escolar, así como a largo plazo en la interacción social en la vida adulta.

La intervención desde el enfoque Cognitivo-Conductual muestra una amplia gama de herramientas que pueden ser utilizadas tanto de manera individual como

grupal, por lo que se propone, trabajar con grupos focales, para facilitar la integración social y evitar consecuencias sociales a largo plazo.

La literatura señala que los infantes también viven el proceso de duelo, sin embargo es morfológicamente distinto al duelo que viven los adultos. Generalmente el duelo infantil está representado en un cambio conductual negativo entorno a ámbitos como la familia, escuela y la sociedad.

Es claro que el duelo trae como consecuencia un impacto a nivel social y psicológico, lo que hace probable la presencia o desemboque de algún trastorno que esté directamente ligado con la percepción de desesperanza, falta de protección e incluso baja autoestima.

Los estilos de crianza y la cultura juegan un rol importante, debido a que es en la familia en donde se instauran los principales esquemas cognitivos; es decir si se trata de una familia temerosa, insegura, aglutinada, los esquemas cognitivos instaurados en el niño, probablemente serán de desconfianza hacia el entorno. Aunado a esto, si la familia está en proceso de duelo, sus características se magnificarán, dándole protección excesiva al menor, por lo que resulta importante no solo trabajar con el infante, sino además involucrar en el proceso de intervención a la familia, o a la figura protectora sobreviviente.

En este sentido, se sugiere integrar al plan de intervención sesiones en donde intervengan los familiares más cercanos, así como el padre sobreviviente, en donde se enseñen técnicas de relajación grupal, herramientas de afrontamiento para prevalecer los beneficios obtenidos durante la terapia.

Los instrumentos de evaluación para el Trastorno de Ansiedad por Separación, suelen identificar la ansiedad en general; es decir, existen pocos instrumentos enfocados específicamente en el TAS, aunado a esto hay pocos instrumentos estandarizados a la población infantil mexicana, por lo que se sugiere que en próximas investigaciones se realicen baterías especializadas a la cultura de nuestro país.

La Terapia Cognitivo Conductual cuenta con una amplia gama de literatura que respalda su efectividad en diferentes problemáticas psicológicas, específicamente en temas de duelo, sin embargo con base en la premisa de la TCC, resulta igualmente efectivo en casos de Ansiedad, ya que la atención del individuo se centra en estímulos potencialmente dañinos acompañados de distorsiones cognitivas que provocan que la percepción de sí mismo se vea alterada y se torne vulnerable.

Es importante la implementación de trabajo con equipos multidisciplinarios, debido a que en algunos casos en los que la TCC no surte el efecto esperado o incluso en el tiempo estimado, se recomienda la administración de fármacos.

Con la implementación adecuada de la intervención cognitivo conductual, se pueden obtener beneficios a corto y largo plazo, como la disminución considerable de los niveles de ansiedad, la adquisición de habilidades sociales, así como la identificación y erradicación de distorsiones cognitivas, que a su vez generará un cambio conductual adaptativo. Este cambio adaptativo permitirá que los padres también adquieran beneficios en la realización de sus labores cotidianas sin verse afectados emocionalmente y manipulados por la necesidad irracional de sus hijos, de permanecer todo el tiempo juntos. Por lo que la independencia en ambos, será un beneficio ampliamente efectivo.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (1987) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. Ed. Rev). Washington: APA.
- APA (2013). Guía de consulta de los criterios de diagnóstico del DSM 5. Arlington VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Barreto, P. y Soler M (2007). *Muerte y Duelo*. Madrid, España: Síntesis.
- Bayés, R. (1998). Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de psicología*, 29, 5-7.
- Bowlby, J. (1986). Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida. Madrid: Morota.
- Bradley, B.S. (1992). *Concepciones de la infancia*. Madrid: Alianza.
- Caballo, V.E. (1991), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Castrillón, D. y Borrero, P. (2005). Validación del inventario de ansiedad estado-rasgo (staic) en niños escolarizados entre los 8 y 15 años. *Acta Colombiana de Psicología*, 13, pp. 79-90.
- Caumo, W., Broenstrub, J.C., Fialho, L., Petry, S. Brathwait, O., Bandeira, D., Loguercio, A. & Ferreira, M. (2000) Risk factors for postoperative anxiety in children. *Acta Anaesthesiol Scand*, 44(7): 782-790.
- Chávez, E., Ontiveros, M. y Serrano, C. Los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS, ISR-5HT), *Salud Mental*, 31(4), pp. 307-319.
- Cía, A. (2004). *Trastorno de Ansiedad Social: Manual diagnóstico y tratamiento*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Cuervo, A. (2009). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 6 (1), 111-121.

- De la Torre, I., Cubillas, M., Román, R. y Valdez, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: factores psicológicos asociados. *Salud mental*, 33(6), pp. 495-502.
- Echeburúa, E. (1997). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid, España: Pirámide.
- Echeburúa, E. (1998). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid, España: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Herrán, A. (2007). ¿Cuándo el duelo es patológico y cómo hay que tratarlo? *Análisis y modificación de conducta*, 33(147), 31-50.
- Franco, N., Pérez, M. y de Dios, M. (2014). Relación entre los estilos de crianza parental y el desarrollo de ansiedad y conductas disruptivas en niños de 3 a 6 años, *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*, 1(2), pp. 149-156.
- Gamo, E.; Del Álamo, C.; Hernangómez, L. y García, A. (2000) Problemática clínica del duelo en la asistencia en salud mental. *Psiquiatría pública*, 12(3), pp. 209-218.
- García, C. y Pérez C. (2013) Duelo ante muerte por suicidio. *Revista habanera de Ciencias Médicas*. 12 (2), 265-274.
- Hernández, L., Bermúdez, G., Spence, S., González, M., Martínez, J., Aguilar, J. y Gallegos, J. (2010) Versión en español de la Escala de Ansiedad para niños de Spence (sCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24.
- Jadue, J. (2001). Algunos de los efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios pedagógicos*, 27, Pp. 111-118.
- Kübler-Ross, E. (1989). *La muerte: un amanecer*. Barcelona: Luciérnaga.

- Mazaira, J. y Gago, A. (1999). Efectos del fallecimiento parental en la infancia y adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 19 (71) pp. 407-418.
- Meinchenbaum (1988) Terapias Cognitivo conductuales en Linn, S.J y Garske. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y métodos*. Bilbao: Descleé de Brouwer. Capítulo 8.
- Méndez, X. (1999) Miedos y temores en la infancia: Cómo ayudar a los niños a superarlos. Madrid: Pirámide.
- Meza, E., García, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S., Martínez, B. (2008). El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pñeridas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-quirúrgicas*. 12 (1), pp. 28-31.
- Millán, R. y Solano, N. (2010)- Duelo, duelo patológico y terapia interpersonal. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 39 (2), pp. 375-388.
- Mollejo, E. (2005). Psicofármacos en niños y adolescentes: revisión y situación actual. *Revista de la asociación Española de Neuropsiquiatría*. 95.
- Monjas, M. (2000). La timidez en la infancia y la adolescencia. Madrid: Pirámide.
- Pacheco, B. y Ventura, T. (2009). Trastorno de ansiedad por separación. *Revista chilena de pediatría*, 80(2), pp. 109-119.
- Pompa, E. y Montoya, B. (2011). Evaluación de la manifestación de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano. *Psicología y salud*, 21(1), pp. 119-124.
- Orgilés, M., Espada, J., García, J., Méndez, X. (2009) Relación entre miedos escolares y síntomas de ansiedad por separación infantil. *Revista mexicana de psicología*. 26, 17-25.

- Orgilés, M., Méndez X., Rosa, A. e Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*. 19, 193-204.
- Oviedo, S; Parra, F; Marquina M. (2009) La muerte y el duelo. *Enfermería global*. 8(1), 1-9.
- Rodríguez, P., Herrán, A. y Cortina, M. (2015). *Educación y vivir teniendo en cuenta la muerte. Reflexiones y propuestas*. Madrid: Pirámide.
- Rodríguez, R. y Vetere G. (2011). *Manual de terapia cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad*. Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Rodríguez, D y Verdú, J. (2013). Consecuencias de una muerte materna en la familia. *Aquichan*. 13 (3), pp, 433-441.
- Santacruz, I., Orgiles, M., Rosa, A., Sánchez, J., Méndez, X., Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: El predominio en la terapia cognitivo conductual. *Psicología conductual*, 10, 503-521.
- Sierra, J.C., Ortega, V., Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: Tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar e subjetividade*, 3, 10-59.
- Solomon, E. y George, C. (1999). Attachment Disorganization. New York: The Guilford Press.
- Tizón, J, (2004). Pérdida, pena y duelo. Vivencias, investigación y asistencia. Barcelona, España: Paidós.
- Valadez, D., Meda, R. y Matsui, O. (2004) Relación entre la ansiedad y la deresión en niños escolares con superdotación intelectual de 9 años de edad. *Revista de Educación y Desarrollo*, pp. 5-12.
- Valencia, A. y Dávila Y. (2010). Intervención cognitivo-conductual para la elaboración del duelo en la diada madre-hijo. *Uaricha Revista de psicología*, 12, 1-11.

- Valiente, R., Sandín, B. y Chorot P. (2002). Miedos comunes en niños y adolescentes: Relación con la sensibilidad, El rasgo de ansiedad, la efectividad negativa y la depresión. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 7, 61-70.
- Virgen, R., Lara, C., Morales, G. y Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista digital Universitaria*.
Recuperado de:
<http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/art109.htm>
Fecha de consulta: 24/10/15.
- Villacieros, M.; Magaña, M.; Bermejo, J.; Carabias, R. y Serrano, I. (2012) Estudio del perfil de una población de personas en duelo complicado que acuden a un centro de escucha de duelo. *Medicina paliativa*. 20 (30), pp. 1-7.
- Villanueva, C. y García, J. (2000). Especificidad del duelo en la infancia. *Psiquiatría pública 2000*, 12(13), pp. 219-228.
- Worden W. El tratamiento del duelo asesoramiento psicológico y terapia. 1ª ed Barcelona-España:Paidós; 1997.
- Ziñartu, C; Krámer, C y Wietstruck, A. (2008). La muerte y los niños. *Revista Chilena de Pediatría*. 79 (4), pp, 393-397.