



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE PREGRADO  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

# **LINEAMIENTOS DE PSICOTERAPIA CONSTRUCTIVISTA EVOLUTIVA PARA NIÑOS ENTRE 4 Y 11 AÑOS, QUE PRESENTEN UN TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN**

Memoria para optar al Título Profesional de Psicóloga.

Alumna: Maite Agurto Jara

Profesora guía: Ps. Flor Quiroga

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar quiero agradecer a mis padres por apoyarme siempre y darme la oportunidad de poder estudiar esta hermosa carrera y dejarme seguir mi vocación. Además, por estar siempre animándome en todas las etapas de mi vida y especialmente en la culminación de mi proceso académico.

También quiero agradecer a Flor Quiroga, quien fue la profesora guía de esta memoria, por su constante apoyo y entrega de conocimiento en la finalización de esa etapa, tanto en la presente investigación como en la práctica profesional.

Finalmente, agradecer a mi pareja y amigos que constantemente me apoyaron en los momentos en que necesité una palabra de aliento, o simplemente un momento de distracción.

## ÍNDICE

- Resumen \_\_\_\_\_ p.4
- Introducción \_\_\_\_\_ p.5
- Marco metodológico
  - Planteamiento del problema \_\_\_\_\_ p.7
  - Pregunta de investigación \_\_\_\_\_ p.8
  - Objetivos generales \_\_\_\_\_ p.8
  - Objetivos específicos \_\_\_\_\_ p.9
  - Método \_\_\_\_\_ p.9
- Marco teórico
  - 1. Trastornos de ansiedad por separación \_\_\_\_\_ p.10
  - 1.1 Epidemiología del trastorno \_\_\_\_\_ p.10
  - 1.2 Revisión de estudios en psicoterapia para el trastorno de ansiedad por separación infantil \_\_\_\_\_ p.12
  - 1.3 Características del trastorno \_\_\_\_\_ p.19
  - 2. Constructivismo evolutivo \_\_\_\_\_ p.25
  - 3. Psicoterapia constructivista evolutiva \_\_\_\_\_ p.36
- Resultados: propuesta de lineamientos de psicoterapia para niños con trastornos de separación desde el constructivismo evolutivo. \_\_\_\_\_ p.49
- Conclusión final \_\_\_\_\_ p.70
- Bibliografía \_\_\_\_\_ p.76
- Anexos \_\_\_\_\_ p.83

## **RESUMEN**

La presente investigación es teórica y tiene como objetivo conocer el estado del arte de las psicoterapias existentes para tratar el trastorno de ansiedad por separación infantil y proponer lineamientos psicoterapéuticos para niños entre 4 y 11 años que presenten este trastorno, desde el enfoque constructivista evolutivo. Entre los principales resultados se encontró un déficit de estudios de eficacia de las psicoterapias, hallándose sólo estudios desde el enfoque cognitivo-conductual. Se propusieron 19 objetivos psicoterapéuticos, los cuales se dividieron según las fases de la psicoterapia (narrativa, acción, diálogo) y los focos de intervención (familiar, individual y escolar). Los objetivos individuales se dividieron según las áreas del desarrollo psicológico (cognitiva, social, moral, afectiva e identidad), y se propusieron 2 técnicas psicoterapéuticas con diferentes formas de representación de la realidad para cada uno de los objetivos.

## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo se realizará una investigación de tipo teórica exploratoria acerca de la psicoterapia infantil, específicamente para tratar el trastorno de ansiedad de separación, ya que es uno de los más frecuentes en la niñez entre los 4 y 11 años de edad (García, R., 2012).

Se revisarán investigaciones de diversas psicoterapias para tratar este trastorno, poniendo énfasis en la eficacia de cada una, para finalmente proponer lineamientos psicoterapéuticos basados en el enfoque constructivista evolutivo de psicología. Cabe destacar que sólo se encontraron estudios en psicoterapia para trastornos de ansiedad desde la perspectiva cognitiva-conductual.

El enfoque constructivista evolutivo resulta ser un aporte para el tratamiento de este trastorno porque permite realizar intervenciones clínicas considerando las particularidades de cada etapa del desarrollo humano, lo que es de vital importancia al momento de tratar niños. Por otro lado, contempla tanto la cognición, la emoción y la relación terapéutica como elementos fundamentales para la psicoterapia, por lo que, paciente y terapeuta tienen un rol activo en el proceso de tratamiento, trabajando en conjunto para que el paciente descubra nuevas formas de significar su relación con la realidad que le permita adaptarse de mejor forma al medio donde se desarrolla.

En el planteamiento de los lineamientos psicoterapéuticos se considerarán las características de la etapa del desarrollo evolutivo preoperatoria, ya que, la mayoría de los niños diagnosticados con trastorno de ansiedad por separación funcionan desde un pensamiento pre lógico. Además se revisarán las características específicas del trastorno de ansiedad por separación infantil y las particularidades de la psicoterapia constructivista evolutiva.

Esta inquietud surge de la necesidad actual de integrar mayores conocimientos en el campo de la salud mental debido al aumento de las personas que sufren algún tipo de trastorno psicológico, especialmente trastornos de ansiedad, y a la falta de profesionales, programas y conocimientos especializados (Lecannelier, Hoffmann, Flores y Ascanio, 2008).

La presente investigación, pretende ser un aporte para la psicología clínica infanto-juvenil, al ser una guía para el tratamiento psicoterapéutico de niños con trastorno de ansiedad de separación y su familia, entregando una mirada diferente de psicoterapia, con un rol más activo de parte del terapeuta, integrando una visión evolutiva de los trastornos y considerando las formas de significar la relación con el mundo como válida y específica de cada persona.

Finalmente, se propone que, en investigaciones futuras, se pudiera probar la eficacia de los lineamientos planteados en este estudio y, por otro lado, proponer un modelo de psicoterapia desde este mismo enfoque utilizando la información proporcionada en esta memoria.

## MARCO METODOLÓGICO

### Planteamiento del problema

Actualmente la salud mental ha ido tomando mayor relevancia, siendo cada vez mayores los esfuerzos tanto del sistema de salud privado y público para mejorar el estado mental de las personas. Esta preocupación va de la mano con el aumento de la prevalencia de trastornos mentales en la población mundial en los últimos años. La etapa de la infancia no está exenta de esta propensión. Según estudios de epidemiología infantil se encontró que entre el 6% y 24% de los infantes de 0 a 3 años presentan algún tipo de trastorno o dificultad (Skovgaard, Houmann, Christiansen, & Andreasen, 2005, citados en Lecannelier, et. al., 2008), entre el 20% y 26% de los niños preescolares han sido diagnosticados con algún trastorno incluido en el DSM (Keenan, Shaw, Walsh, Delliquadri, & Giovanelli, 1997, citados en Lecannelier, et. al., 2008), y entre los niños en etapa escolar y los adolescentes han aumentado de manera alarmante las estadísticas de problemas de salud mental, sobre todo los de etiología psico-social (Costello & Angold, 2006, citados en Lecannelier, et. al., 2008). En términos epidemiológicos el 20% ha sido diagnosticado con algún trastorno del DSM y un 7% ha presentado un trastorno limitante grave. En una revisión de los principales estudios epidemiológicos de salud mental infantil en el mundo, desarrollada por Wadell & Sheperd, (2002) (citado en Lecannelier, et. al., 2008) se encontró que el trastorno de ansiedad es el de mayor prevalencia con un 6,5%, seguido por los trastornos de conducta y trastorno de déficit atencional con hiperactividad con un 3,3%, depresión con 2,1%, abuso de sustancias 0,8%, trastorno obsesivo compulsivo 0,2% y trastornos alimentarios 0,1%.

En Chile, dentro de los trastornos de ansiedad se encuentran las prevalencias más altas en ansiedad por separación, con un 9,5% (disminuyendo a un 4,2% al corregir por criterio de discapacidad\*) y trastorno de ansiedad generalizada con un 9,2% (disminuyendo a 2,3% al corregir por criterio de discapacidad\*) (Vicente, Saldivia, Rioseco, De la Barra, Valdivia, Melipillan, Zúñiga, Escobar y Pihan, 2010).

\*Se refiere a las limitaciones y deficiencias de la persona en diferentes actividades y restricciones en la participación, es decir, indica un déficit en la interacción del sujeto, el que presenta una determinada condición de salud, con el ambiente en el cual se desenvuelve (Vicente, Saldivia, Rioseco, De la Barra, Valdivia, Melipillan, Zúñiga, Escobar y Pihan, 2010).

Un dato importante a tener en consideración es que se ha encontrado que el 75% de las personas que sufren algún tipo de trastorno en la edad adulta tuvo algún síntoma de inicio en la adolescencia o niñez. En un estudio de tiempo prolongado se encontró que el 80% de los adultos diagnosticados con trastorno de ansiedad, depresión mayor o adicción a las drogas, presentaron el inicio de la sintomatología antes de los 20 años (Lecannelier, et. al., 2008).

Sumado a lo anterior, existe otro problema que se ha venido revelando en el último tiempo: la insuficiencia de profesionales, especialistas y programas para hacer frente a esta necesidad en aumento, por lo que se hace indispensable reflexionar acerca de la integración de nuevos conocimientos que permitan hacer frente a este problema, con el objetivo de mejorar los procesos de intervención (Lecannelier, et. al., 2008).

Es en base a esta necesidad que se investigarán los diferentes tratamientos psicoterapéuticos para tratar específicamente el trastorno de ansiedad por separación en las etapas preescolar y escolar, ya que, en estas fases es donde se presenta con mayor frecuencia el diagnóstico (García, R., 2012). Todo esto con el objetivo de tener una visión completa de los tratamientos existentes, que en su mayoría provienen del enfoque cognitivo-conductual, por lo que, con el propósito de integrar una visión diferente de tratamiento, se propondrán lineamientos psicoterapéuticos desde el enfoque constructivista evolutivo para este trastorno, ya que esta perspectiva teórica presenta múltiples ventajas para la psicoterapia con niños y adolescentes.

#### **Preguntas de investigación:**

¿Cuál es el estado del arte de los tratamientos psicológicos para el trastorno de ansiedad por separación infantil?

¿Cuáles son los elementos más relevantes del constructivismo evolutivo para proponer lineamientos de psicoterapia?

#### **Objetivos generales:**

- Describir y analizar la situación actual de los estudios de tratamientos psicoterapéuticos para la ansiedad de separación infantil.



- Proponer lineamientos para la psicoterapia infantil del trastorno de ansiedad por separación en niños entre 4 y 11 años de edad, desde el enfoque constructivista evolutivo.

#### **Objetivos específicos:**

- Identificar los conceptos centrales de la psicoterapia del trastorno de ansiedad por separación infantil.
- Conocer las características del trastorno de ansiedad por separación infantil.
- Identificar las características del estadio del desarrollo preoperatorio.
- Comprender las bases epistemológicas del enfoque y de la psicoterapia constructivista evolutiva.
- Organizar la información recopilada y proponer lineamientos para un modelo de intervención en el trastorno de ansiedad de separación en niños de 4 a 11 años desde el enfoque constructivista evolutivo.

#### **Método**

La presente investigación es de tipo teórica, ya que, su principal objetivo es realizar una revisión sistemática y crítica de diferentes publicaciones o trabajos relevantes en el tema estudiado, para luego elaborar conclusiones o sugerencias de tipo teórico y/o aplicado (Hernández, Fernández y Baptista, 1997).

Para responder la pregunta de investigación se revisarán fuentes secundarias y terciarias: diferentes estudios, artículos científicos, libros y manuales. Para la recolección de esas fuentes se utilizará la aplicación Google Académico, la base de datos de la Universidad de Chile y la búsqueda en diferentes bibliotecas públicas de Santiago de Chile, con el propósito de abarcar la mayor cantidad de información útil para cumplir con los objetivos planteados.

Concretamente, para el cumplimiento de cada objetivo se revisarán diferentes autores y publicaciones que son relevantes en el área, y en la profundización de la epistemología constructivista evolutiva de Psicología se revisarán autores como Piaget, Neimeyer, Mahoney, Kelly, Feixas, Villegas, Ivey, Rosen, Ronen, Bruner, Sepúlveda y Capella.

## MARCO TEÓRICO

### 1.- Trastorno de ansiedad por separación

#### 1.1 Epidemiología del trastorno.

La salud mental infantil y adolescente está cobrando mayor importancia, diversos estudios epidemiológicos muestran que la prevalencia de trastornos psiquiátricos infantiles es cada vez más frecuente. Como comentan Lecannelier, et. al. (2008) los estudios de epidemiología del desarrollo infantil y adolescente han mostrado que las tasas de trastornos psicológicos han aumentado de forma alarmante sobre todo los síndromes de origen psico-social. A grandes rasgos los estudios indican que uno de cada 5 niños tiene problemas psicológicos diagnosticables y 1 de cada 10 tiene un trastorno severo que limita su adaptación en los diferentes contextos en que se desenvuelve. En un estudio realizado por Wadell y Sheperd (2002, citados en Lecannelier et. al., 2008) que incorpora 6 de las principales investigaciones epidemiológicas mundiales de salud mental infantil, se encontraron las siguientes prevalencias:

<b>Trastorno psiquiátrico infantil</b>	<b>Prevalencia</b>
Trastornos de ansiedad	6,5%
Trastornos de conducta	3,3%
TDAH	3,3%
Depresión	2,1%
Abuso de sustancias	0,8%
Trastorno obsesivo-compulsivo	0,2%
Trastornos alimentarios	0,1%
<b>Prevalencia total de problemas conductuales, afectivos, del desarrollo y alimentarios fue de 15%.</b>	

(Lecannelier et. al., 2008, p.3)

En Chile se han realizado diferentes estudios epidemiológicos de salud mental infantil, uno de los primeros fue desarrollado por el equipo del Dr. Montenegro, quienes investigaron una muestra representativa de 517 niños de entre 6 y 11 años pertenecientes a 3 niveles socioeconómicos de la Región Metropolitana. El equipo de investigación encontró una tasa de prevalencia de problemas afectivos y conductuales del 15% aproximadamente (Bralic, Seguel, y Montenegro, 1984)

Otro estudio de epidemiología de salud mental infantil fue realizado por De la Barra, Toledo y Rodriguez (2002) en el cual se utilizó una muestra de 1279 niños de 7 escuelas

de la Región Metropolitana y se encontró una tasa de prevalencia de problemas afectivos y conductuales del 10%. Un nuevo estudio realizado en la ciudad de Temuco en una muestra de 429 escolares arrojó una tasa de prevalencia de problemas de salud mental de 21% (Silva, Ortiz, y Livacic, 2006, citados en Lecannelier et. al., 2008).

Sin embargo, todas estas investigaciones desarrolladas en población chilena no son representativas de la realidad nacional, ya que las muestras son muy pequeñas, por lo que el equipo de investigación epidemiológica de la Universidad de Concepción, con financiamiento FONDECYT, efectuó el primer estudio de prevalencia de trastornos psiquiátricos en población chilena entre 4 y 18 años. Esta investigación se diseñó sobre una muestra representativa de 4 provincias del país. Los resultados que se revisarán a continuación son los correspondientes a la provincia de Cautín, que son los que aparecen en las publicaciones revisadas. Entre las conclusiones del estudio se encontró que los trastornos ansiosos son los de mayor frecuencia con un 18,9%, sin embargo, al corregir por criterio de discapacidad esta cifra disminuye al 8,7%. Dentro de los trastornos de ansiedad, el más frecuente es el trastorno por ansiedad de separación, con un 9,5%, seguido del trastorno ansiedad generalizada con un 9,2%, sin embargo, al corregir por criterio de discapacidad, las cifras disminuyen a 4,2% y 2,3% respectivamente, y el déficit atencional pasa a ser el más prevalente con un 4,3% (Vicente, Saldivia, Rioseco, De la Barra, Valdivia, Melipillan, Zúñiga, Escobar y Pihan, 2010).

Un dato relevante es que se observó que los trastornos de ansiedad son los más frecuentes en ambos sexos, con un 15% en varones y 23,1% en mujeres, sin embargo, al corregir por criterio de discapacidad continúa siendo el diagnóstico más frecuente en mujeres con un 11,2%, pero en los varones los trastornos de comportamiento disruptivo pasan a ser los más habituales con un 6,8% (Vicente, et. al., 2010).

Respecto a la edad de mayor frecuencia de los trastornos ansiosos, la más alta prevalencia se encuentran entre los 4 y 11 años con un 19%, y el trastorno ansioso con la mayor prevalencia dentro de este grupo etario es el de ansiedad por separación con un 9,6% (Vicente, et. al., 2010).

Es importante señalar que los estudios epidemiológicos infantiles tienen dificultades metodológicas, ya que existe una diferencia en los resultados de la prevalencia de los trastornos dependiendo de quién entregue la información: los padres, los niños o los

profesores. Tomando en cuenta esta dificultad se comprende la diferencia de los resultados entre los distintos estudios (Mardomingo, 2001).

## **1.2 Revisión de estudios en psicoterapia para el trastorno de ansiedad por separación infantil**

Como se ha revisado, el trastorno de ansiedad en sus diferentes variantes, es uno de los desórdenes mentales más frecuentes en la población mundial, de la misma forma, es una de las alteraciones psicológicas más vistas en la práctica clínica (Caballo, Vicente y Mateos, 2000).

Diferentes enfoques psicológicos han estudiado la eficacia de las distintas psicoterapias para el tratamiento de este trastorno en población adulta, siendo la terapia cognitivo-conductual la que cuenta con un mayor número de estudios de eficacia del tratamiento. Este tipo de terapias se comenzó a investigar en la década de los '60, teniendo muy buenos resultados con las diferentes variantes de los trastornos de ansiedad: fobia específica, fobia social, trastorno de pánico, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés post traumático y trastorno por ansiedad generalizada. En la actualidad existen diferentes tratamientos que utilizan técnicas específicas para cada tipo de trastorno de ansiedad, los que han sido estudiados con la finalidad de probar su eficacia con resultados positivos. En la tabla nº1 se resumen los diferentes tratamientos de corte cognitivo-conductual para cada variante del trastorno de ansiedad (Caballo, et. al., 2000).

Además, se ha investigado la eficacia de los tratamientos farmacológicos en los trastornos de ansiedad de forma aislada y en paralelo a la terapia cognitivo-conductual, teniendo resultados diversos. En algunos trastornos el uso de fármacos es recomendable en conjunto con la psicoterapia y en otros desórdenes de ansiedad su utilización es contraindicada (Caballo, et. al., 2000).

Por otra parte, Novelo, G. (2008) propone un tratamiento psicológico para los trastornos de ansiedad basado en una psicoterapia integrativa multidimensional. Este modelo integra al psicoanálisis, el conductismo y el cognoscitvismo, de manera que las diferentes teorías se relacionen y retroalimenten en beneficio del cliente. Dentro del ámbito de la

psicoterapia, esta integración es utilizada en la evaluación, tratamiento y seguimiento de cada persona.

La psicoterapia integrativa multidimensional propone para el tratamiento de los trastornos de ansiedad un modelo de 4 fases:

1) psicoeducación (monitoreo e historia de desarrollo); 2) adquisición de habilidades (entrenamiento somático, control del pensamiento y regulación de la conducta); 3) utilización de las habilidades adquiridas (situación de ansiedad) y 4) Seguimiento de avances (prevención de recaídas y terminación del tratamiento)(Novelo, et. al., 2008, p.5).

En cuanto a la eficacia de este tratamiento se han realizado estudios que demuestran cambios positivos en personas con trastorno obsesivo-compulsivo en un 80,6% comparado con tratamiento farmacológico en que hubo mejoras en un 34,4% de los pacientes (Novelo, et. al., 2008).

Por otra parte, se buscaron estudios que revisaran la eficacia de tratamientos psicológicos para el trastorno de ansiedad de separación infantil desde diferentes enfoques de la psicología, sin embargo, sólo se encontraron investigaciones de psicoterapia desde el enfoque cognitivo-conductual, por lo que se revisarán estas últimas.

Se han realizado diversos meta-análisis de estudios que buscan conocer la eficiencia del tratamiento cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad infantil, y se ha encontrado que este tipo de intervención es “probablemente eficaz” según criterios de la “*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures* (1995) de la División 12 “Psicología Clínica”, de la Asociación Americana de Psicología.” (Caballo, et. al., 2000, p. 200), ya que ha probado su eficacia sobre grupos en listas de espera o no tratados, sin embargo, para ser considerada como un tratamiento “bien establecido” se necesita comprobar que este tipo de intervención es superior a otros tipos de tratamientos psicológicos o farmacológicos (Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés, 2003; Olivares, Rosa, Piqueras, Sánchez-Meca, Méndez y García, 2002; Santacruz, Orgilés, Rosa, Sánchez-Meca, Méndez y Olivares, 2002).

Una de las intervenciones cognitivo-conductuales más estudiadas ha sido la de Kendall (1994, citado en Orgilés, et. al., 2003), en Estados Unidos. Kendall elaboró un programa de tratamiento para los trastornos de ansiedad infantil llamado “El gato que se las arregla” e hizo un estudio con niños entre 9 y 13 años diagnosticados según criterios del DSM-III-R con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación y trastorno de evitación. El tratamiento se planificó para aproximadamente 17 semanas con una duración entre 50 y 60 minutos por sesión. Kendall comparó el tratamiento con un grupo control en lista de espera y al contrastar ambos grupos en el post test se observó una mejora en el grupo que había recibido tratamiento. Unos años más tarde Kendall (1997, citado en Orgilés, et. al., 2003) y su equipo realizaron nuevamente el estudio con niños de entre 9 y 13 años diagnosticados según criterios del DSM-III-R con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación y trastorno de evitación, y los resultados fueron los mismos.

El tratamiento de Kendall de “El gato que se las arregla” es el más utilizado para tratar el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de ansiedad generalizada. Este programa consta de 16 sesiones divididas en 2 bloques de 8 sesiones cada uno. En el primer bloque se enseña al niño o adolescente habilidades de afrontamiento y en el segundo se va exponiendo gradualmente a las situaciones ansiógenas para que se practiquen las habilidades adquiridas. En la primera parte del programa se les enseña el plan “Temor” enfocado a domar la ansiedad. En esta parte se instruye a los padres a reforzar positivamente el afrontamiento de la ansiedad de sus hijos (Santacruz, et. al, 2002).

En la segunda parte del tratamiento se expone gradualmente al niño o adolescente a situaciones que generan ansiedad comenzando por exposición imaginativa a situaciones de baja intensidad y posteriormente se realizan exposiciones en vivo de intensidad media y alta. El terapeuta supervisa la exposición reforzando el uso de las habilidades adquiridas de afrontamiento (Santacruz, et. al, 2002).

Para ayudar en el aprendizaje se utilizan materiales didácticos, recursos audiovisuales y tareas para la casa. Se le entrega al niño el cuaderno “El gato que se las arregla” para que escriba formas de afrontar diferentes situaciones que le generan ansiedad y para que escriba diálogos de cómo los personajes que aparecen pueden superar situaciones

cotidianas de ansiedad. El cumplimiento de las tareas se refuerza por el terapeuta (Santacruz, et. al, 2002).

Finalmente, el programa incluye una prevención de recaídas. Las ideas básicas de este apartado son:

1) el tratamiento es un primer paso en el proceso de aprender a dominar la ansiedad, 2) la ansiedad infantil ofrece la oportunidad de aprender habilidades de afrontamiento que resultarán muy útiles, ya que la vida planteará inevitablemente desafíos que generarán estados de ansiedad, 3) es normal que durante el proceso de aprendizaje se produzcan fallos, de modo que cualquier esfuerzo de afrontamiento debe reforzarse, aunque el éxito sea solo parcial, 4) 'caída' no significa "recaída", los fracasos parciales se valoran constructivamente como oportunidades para aprender de los errores cometidos y prevenirlos en el futuro (Santacruz, et. al, 2002, p. 14).

En la tabla nº 2 se observan los principales elementos del tratamiento "El gato que se las arregla" de Kendall.

El estudio de Kendall y su equipo fue replicado en Australia por Barrett, Dadds y Rapee (1996, citados en Orgilés, et. al., 2003), con niños de entre 7 y 14 años de edad diagnosticados según criterios del DSM-III-R con trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación y fobia social. La muestra fue asignada aleatoriamente a uno de los 3 grupos: tratamiento cognitivo-conductual, tratamiento cognitivo-conductual con intervención familiar y lista de espera. La duración del tratamiento fue de 12 semanas y en ambos grupos en intervención se utilizó el manual "El Koala que se las arregla" adaptación australiana de Barret (1995a, citado en Orgilés, et. al., 2003) del manual de Kendall "El gato que se las arregla". En el grupo de intervención familiar se utilizó además el manual "Afrontamiento de la ansiedad en la familia" elaborado por Barret (1995b, citado en Orgilés, et. al., 2003). La intervención familiar se realizaba luego de la sesión cognitivo-conductual. El manual para los padres tiene el objetivo de enseñarles a recompensar el comportamiento valiente de los hijos y a extinguir la ansiedad excesiva utilizando para esto refuerzo contingente a las situaciones fóbicas. Además, se entrenó a las familias en habilidades de comunicación y resolución de problemas con el fin de mantener los logros una vez finalizado el tratamiento. Ambos

tratamientos resultaron ser efectivos en la reducción de la ansiedad en los niños, sin embargo, el que integra intervención familiar mostró una superioridad significativa.

Posteriormente, otros equipos de investigación han estudiado la eficacia de integrar intervención familiar a las terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de los trastornos de ansiedad infantil. Los resultados han sido los mismos: la terapia cognitivo-conductual en conjunto a la intervención familiar tiene mejores resultados que la terapia cognitivo-conductual por sí sola (Orgilés, et. al., 2003; Santacruz, et. al., 2002).

Además, se han estudiado las variables predictivas de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad infantil, encontrándose que cuando la terapia no es homogénea y puede adaptarse a cada paciente es más efectiva que cuando se rigidiza (Orgilés, et. al., 2003; Santacruz, et. al., 2002). Por otra parte, se observó que mientras haya un mayor número de sesiones hay mejores resultados. Además, los estudios que integran sesiones de seguimiento tienen un mejor efecto (Santacruz, et. al., 2002).

Luego de la revisión se observó que los tratamientos cognitivos-conductuales no son específicos para cada trastorno, concretamente para el trastorno de ansiedad por separación infantil, ya que la terapia que se propone está enfocada en varios tipos de trastornos de ansiedad infantil. A raíz de esta carencia se revisará un artículo que sugiere intervenciones específicas para el trastorno de ansiedad por separación, con el objetivo de conocer las especificidades de las intervenciones que tiene este síndrome.

Villanueva, C. y Sanz, LL. (2009) entienden el trastorno de ansiedad por separación como una inmadurez psicológica, ya que esta ansiedad, que es normal en la primera etapa vital, (desde los 8 a los 14 meses aproximadamente) debería no existir a mayor edad, por lo que las intervenciones están enfocadas en estimular la autonomía y el sentimiento de seguridad del niño. Para lograr estas metas es fundamental que los padres alienten a los niños a alcanzar una mayor independencia y respetarla. Esto se logra paulatinamente, ya que los niños con este trastorno dependen absolutamente de sus padres, por lo que las autoras proponen que las intervenciones se dirijan concretamente a dormir solo, explorar su entorno, alimentarse de forma racional y regular sus miedos.

Las autoras explican que los niños necesitan dormir solos para, de esta forma, tener un espacio que ayudaría a generar la autonomía psicológica que el niño necesita. Para lograr



que el infante se duerma, las autoras proponen que los padres ideen una rutina antes de acostar a los niños, primero acostumbrarlos a un horario específico, luego puede ser: “(...) *un baño relajante, cena, lavado de dientes, lectura de cuento, beso y buenas noches, apagar la luz y cerrar la puerta*” (Villanueva, et. al, 2009, p.10). Luego, si el niño se despierta en la noche se debe recurrir a la misma rutina y cuidar de no gratificarlo por su conducta. Además, las autoras comentan que si los infantes gritan y lloran en mitad de la noche, los padres deben esperar a que estas manifestaciones se extingan, ya que si no lo hacen, seguirán en aumento (Villanueva, et. al, 2009).

Por otro lado, las autoras indican que es muy importante para la autonomía de los niños aprender a comer solos. Desde los 3 y 4 años los padres deben confiar en el apetito de los infantes para alimentarlos, así comerán por necesidad propia y no de sus cuidadores. Los padres deben enseñarles a utilizar los cubiertos y cuidar de no dar mayor atención cuando los niños comen mal que cuando lo hacen de manera correcta. Además, es importante para lograr autonomía, que los niños lleven los alimentos a su boca. El adulto puede ayudarlos a cortar y picar, pero cuando son capaces de trasladar la comida hacia su boca el adulto no debe interferir en el esquema corporal del niño (Villanueva, et. al, 2009).

Finalmente, las autoras comentan que es importante que los niños aprendan a manejar sus miedos, sin embargo, es más relevante la forma en que sus padres los manejan. Es vital que los padres reaccionen de una manera adecuada cuando los niños tienen alguna crisis y que no se alteren por las manifestaciones que su hijo tiene frente a ciertos temores. Tampoco deben evitar los temores del niño, por ejemplo, la separación física, ya que esto no permite que los niños logren autonomía y puedan desarrollarse. Por lo que recomiendan que los padres o cuidadores tengan una actitud de respeto hacia los temores de los niños, pero sin mostrar una sintonía con éstos. Asimismo deben estimular el progresivo acercamiento a la fuente del miedo de los infantes (Villanueva, et. al, 2009).

Por otro lado, Echeberrúa (1996) plantea que las técnicas psicoterapéuticas cognitivo-conductuales más utilizadas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad infantil son muy similares a las empleadas en el procedimiento con los adultos. El autor comenta que las diferencias recaen en la adaptación del tratamiento a la edad del infante, a las características personales de cada uno y al rol más directivo del terapeuta.

Echeberrúa (1996) describe diferentes técnicas psicoterapéuticas para el tratamiento de los trastornos de ansiedad infantil, entre ellos el trastorno de ansiedad por separación. Una de las técnicas que el autor propone es la *relajación*. Esta técnica es adecuada para controlar la ansiedad inespecífica como es el caso de la ansiedad generalizada y hasta cierto punto la ansiedad de separación. La relajación se constituye, por tanto, en una estrategia de afrontamiento frente a situaciones ansiógenas. El objetivo de la relajación es que el paciente aprenda a relajar los músculos a voluntad para que comprenda y sea consciente de la diferencia entre laxitud y tensión. Uno de los métodos de relajación más utilizados es la “Relajación progresiva de Jacobson” que consiste en tensar y relajar los principales grupos musculares del cuerpo (brazos, piernas, tronco, cara y cuello) mientras se concentra en las diferentes sensaciones, con el objetivo de distinguir la tensión del relajo y también ubicar los mayores puntos de tensión del cuerpo. Cuando la técnica esté aprendida se recomienda practicar la relajación 2 ó 3 veces al día durante 10 a 15 minutos, antes de ir a dormir y en algún momento en que la ansiedad se presente. Según el autor, la eficacia de esta técnica recae en la aplicación sistemática de modo que se convierta en un hábito automatizado.

Otra de las técnicas que el autor propone para el tratamiento del trastorno de ansiedad por separación es el *modelado simbólico*. En este caso el paciente ansioso observa a través de videos a niños que enfrentan situaciones que al paciente le producen ansiedad, pero los niños del video afrontan estas situaciones sin miedo y disfrutan de estas experiencias. Esta técnica también puede ser utilizada con cuentos o narraciones, sin embargo, las imágenes visuales han probado tener mayor eficacia (Echeberrúa, 1996).

El autor también propone el uso del *modelado encubierto* como técnica para tratar el trastorno de ansiedad por separación. En este caso el niño debe imaginarse alguna situación generadora de ansiedad, en segundo lugar imaginar un modelo poderoso para él, como un héroe, que enfrente las situaciones ansiógenas y, finalmente, imaginar que él y su héroe afrontan las situaciones temidas juntos (Echeberrúa, 1996).

Echeberrúa (1996) describe entre las técnicas cognitivas que pueden utilizarse en el tratamiento de la ansiedad por separación las *autoinstrucciones*. Esta es una de las técnicas más utilizadas en los trastornos de ansiedad infantiles. Ésta tiene como objetivo cambiar el lenguaje interno del niño, sobre todo cuando existen pensamientos que

dificultan que el niño se comporte de una forma adecuada, por ejemplo frases como “*no lo voy a conseguir*”, “*es superior a mis fuerzas*”, “*se van a burlar de mí*” (nº 21, p. 117). Las autoinstrucciones constituyen un plan para enseñar al niño a hablarse a sí mismo de otra manera, es una estrategia que se diseña para alcanzar un objetivo. En la Tabla nº3 se detallan las fases de esta técnica.

### **1.3 Características del trastorno de ansiedad por separación**

Durante toda la existencia humana la ansiedad ha cumplido un rol adaptativo, ya que actúa como un sistema que alerta al organismo ante situaciones potencialmente peligrosas. Ante la percepción de un estímulo catalogado como amenazante se activa un “programa ansioso” de forma refleja y su finalidad es proteger la integridad del ser humano (Mardomingo, 2001; Esparza y Rodríguez, 2009). Las estructuras cognitivas-afectivas son las que median entre el estímulo estresante y la respuesta emocional, lo que diferencia a la ansiedad de otras emociones (Esparza, et. al., 2009).

La ansiedad también se presenta de forma normal en la infancia. Entre los 8 y 14 meses de vida aproximadamente, los bebés pasan por un estadio del desarrollo llamado ansiedad de separación. Esta etapa se caracteriza por un sentimiento de angustia experimentado por los infantes al momento de separarse de su cuidador principal (generalmente la madre), ya que aún no han desarrollado la permanencia de los objetos, es decir, cuando el cuidador sale del campo visual del infante, éste experimenta angustia porque no sabe si volverá. De esta forma, la ansiedad de separación sentida en la infancia tiene un carácter evolutivo. Los niños pueden tratar de disminuir la angustia invistiendo objetos (llamados objetos transicionales) con características de sus cuidadores, como mantas, peluches, muñecos, etc. (Villanueva y Sanz, 2009).

Con el logro de la constancia objetal, los niños comienzan a entender que, aunque no vean a sus padres éstos volverán con él, por lo que van desarrollando seguridad y autonomía y comienzan a explorar más su entorno (Villanueva y Sanz, 2009).

Sin embargo, existe otro tipo de ansiedad no adaptativa: la ansiedad patológica o clínica. Este tipo de ansiedad se desencadena sin un estímulo externo identificable o, si existe tal estímulo, su intensidad y frecuencia son desproporcionadas. Como explicaron Lazarus y

Averill (1972, citados en Esparza, et. al., 2009), la ansiedad patológica es definida: “como una emoción que surge a partir de la valoración del temor, incluyendo elementos simbólicos, anticipatorios e inciertos” (p. 4).

La ansiedad patológica puede presentarse en cualquier etapa de la vida del ser humano, en este trabajo se revisará específicamente el trastorno de ansiedad por separación en la infancia.

Como se revisó anteriormente, la ansiedad de separación es un proceso esperable del desarrollo del niño hasta aproximadamente los 14 meses de edad, posteriormente, si la ansiedad persiste y no es adaptativa para la etapa del desarrollo en la que se encuentra el infante se transforma en un trastorno. El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por el sentimiento de angustia muy intensa que experimenta el niño al momento de separarse real o supuestamente de sus padres, especialmente de la madre o de aquellas personas con las que esté principalmente vinculado. El sentimiento de angustia puede ser de una intensidad excesiva, incluso puede llegar al pánico y es desproporcionada para la edad de quien la sufre. Los niños mayores sufren ansiedad anticipatoria cuando perciben como inevitable la separación o se les advierte de alguna situación en que no estarán con sus padres (Mardomingo, 2001; Echeberrúa, 1996).

El trastorno de ansiedad por separación generalmente se inicia antes de los 6 años, tiende a descender después de los 12 y no se espera que comience después de los 18 años (Mardomingo, 2001).

Los niños que padecen este trastorno tienen una corriente de pensamientos negativos que generan miedos irracionales acerca de lo que les puede suceder a sus padres mientras no están todos juntos. Algunos de estos miedos se refieren a la posibilidad de que ambos padres o uno de ellos pueda tener un accidente, morir, enfermar, etc. por lo que el niño trata de seguir a sus padres a todas partes y se niega a participar de salidas o paseos con otras personas, ir al colegio, quedarse a dormir en la casa de algún amigo si no es en compañía de sus cuidadores. Algunas madres refieren que su hijo es como una sombra que la sigue por toda la casa. Estos miedos irracionales merman la experiencia del niño en diferentes ámbitos de su vida porque cuando están separados de sus padres

se sienten tristes, desinteresados, abatidos, sin ganas de divertirse con otros niños y son incapaces de concentrarse para poder estudiar, sin embargo, algunos pueden alternar periodos de tranquilidad, cuando han podido distraerse y olvidarse por un momento de sus miedos (Mardomingo, 2001).

Con frecuencia puede persistir un ánimo deprimido justificando el diagnóstico adicional de un trastorno distímico o un trastorno depresivo mayor (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1995).

Para estos niños lo peor es cuando viene la hora de ir a la cama, al acostarse y antes de dormir, el niño es acosado por sus miedos y fantasías que cada vez parecen más reales. Puede imaginarse, por ejemplo, que entran ladrones o secuestradores a la casa y niños más pequeños pueden fantasear con brujas, monstruos, duendes, etc. En algunos casos el miedo puede alterar la sensopercepción en forma de ilusiones, pseudoalucinaciones o incluso francas alucinaciones y la forma en que tratan de disminuir su angustia es llamando desesperados a sus padres o ir a dormir con ellos (Mardomingo, 2001; De las Heras, 2000).

Cuando se anticipa o llega el momento de la separación, la ansiedad puede ir acompañada de síntomas somáticos como cefaleas, dolores abdominales, náuseas, vómitos, diarrea, sensación de ahogo, disnea, taquicardia, opresión torácica, palpitaciones, dolor precordial, palidez, rubor, aumento ligero o moderado de la tensión arterial, sequedad de la boca, sudoración, lipotimia y midriasis. Esto es importante de tener en cuenta porque en algunos casos los niños niegan los temores por lo que sólo se evidencian los síntomas somáticos (Mardomingo, 2001).

Según los criterios diagnósticos del DSM-IV los síntomas deben persistir por lo menos 4 semanas, comenzar antes de los 18 años y provocar deterioro clínicamente significativo en alguna de las áreas de desarrollo como laboral, escolar, social u otros ámbitos importantes para el individuo. Además no se establece el diagnóstico si la ansiedad aparece en el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico y si en adultos o adolescentes los síntomas se explican mejor por un trastorno de angustia con agorafobia (DSM-IV, 1995)

Los criterios diagnósticos de la Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, CIE-10 (2005), no difiere mayormente de los criterios plateados por el DSM-IV, excepto que exige que la edad de inicio del trastorno sea antes de los 6 años de edad, en cambio en el DSM-IV se considera que el trastorno puede iniciarse a cualquier edad antes de los 18 años. Para efectos del presente escrito se considerarán ambas clasificaciones diagnósticas, ya que son muy similares. En la tabla nº 5 se encuentran especificados los criterios diagnósticos del CIE-10 para el trastorno de ansiedad de separación de la infancia, y en la tabla nº 6 los criterios diagnósticos según el DSM-IV para el trastorno de ansiedad por separación.

Según estudios, este trastorno se presenta más frecuentemente en niños que pertenecen a niveles socioeconómicos bajos, además existe un cierto predominio de niñas por sobre los niños que padecen este síndrome (Echeberrúa, 1996).

El trastorno de ansiedad por separación puede comenzar luego de que el niño experimente una situación estresante como, por ejemplo, cambio de escuela, enfermedad de él o de un familiar, fallecimiento de un familiar o de una mascota, emigración o cambio de vecindad (DSM-IV, 1995).

Desde una perspectiva etiológica las razones del surgimiento de este trastorno son difusas, sin embargo, existen diversas hipótesis que podrían explicar la aparición de este trastorno (Echeberrúa, 1996). Una de ellas es el patrón relacional que presentan las familias con niños que sufren esta psicopatología. Al contrario de lo que sucede en la mayoría de los trastornos infantiles, las familias de estos niños se caracterizan por tener una muy buena y estrecha relación entre los padres, los padres con los hijos y entre los hermanos, el clima familiar es acogedor, cálido y humanitario. Los padres suelen ser muy preocupados por sus hijos llegando a la sobreprotección. Esta actitud sobreprotectora se despliega en forma de continuas advertencias de los peligros del mundo exterior, lo que conlleva a que el niño experimente su entorno como una amenaza real tanto para él como para sus padres. Además uno de los padres, generalmente la madre, puede estar vinculada a su hijo por un apego inseguro, caracterizado por la preocupación constante de que le pueda ocurrir algo malo al niño cuando éste no está con ella, asimismo, con más

frecuencia de lo normal estos padres padecieron trastornos de ansiedad por separación en la niñez o las madres sufren en la actualidad trastornos de angustia, depresión o algún trastorno de ansiedad por lo que le transmiten sus miedos obstaculizando la exploración normal del niño y evitando el desarrollo de estrategias de afrontamiento adecuadas para hacer frente a los miedos, lo que refuerza las conductas de dependencia hacia los padres (Echeberrúa, 1996; De las Heras, 2000; DSM-IV, 1995).

En este sentido es muy importante revisar el tipo de apego que vincula al niño con la madre o cuidadores, ya que, para que en la infancia el ser humano pueda desarrollar autonomía y seguridad para ser capaz de explorar su entorno de forma tranquila debe crear un apego de tipo seguro. Según los estudios de John Bowlby, quien fue el pionero en investigar los efectos de la separación del niño y sus padres, el apego es la existencia de un lazo afectivo que vincula al infante con una figura específica que une a ambos en el espacio, perdura en el tiempo y se caracteriza por una tendencia estable a mantener proximidad, lo que crea una atmósfera de seguridad para el niño. Bowlby explica que la finalidad del sistema de apego es mantener al cuidador receptivo y accesible lo que denominó *disponibilidad*. Las conductas de apego que realizan los infantes son sonreír, llorar, vocalizar, entre otras para llamar la atención del cuidador y de esta forma tenerlos cerca (Bowlby, 1993).

En sus trabajos Bowlby concluyó que los lazos afectivos son algo biológicamente primario, y que por lo tanto, existe una necesidad instintiva de los bebés a apegarse a su cuidador, por ende, las relaciones primarias madre-hijo perturbadas establecen un precursor clave para los trastornos psicológicos (Villanueva, et. al., 2009; Bowlby, 1993).

Investigadores posteriores al trabajo de Bowlby estudiaron los diferentes tipos de apego que desarrollan los niños con sus cuidadores. Mary Ainsworth (citada en Villanueva, et. al., 2009) elaboró un instrumento denominado “situación extraña” con el objetivo de observar cómo los niños utilizan a su figura de apego como fuente de seguridad, cómo reaccionan ante extraños y los momentos de alejamiento y reencuentro con la madre. La investigadora describió 3 patrones principales de apego: apego seguro (categoría más común, representó el 65% de la muestra), y dos tipos de apego inseguro: evitativo (20% de la muestra) y el ambivalente (12% de la muestra). Investigaciones posteriores han

encontrado un cuarto patrón de apego: desorganizado-desorientado. Cada uno de los 4 patrones tiene características específicas de comportamiento en la relación que se establece entre el cuidador principal y el bebé. En la tabla nº 4 se resumen las particularidades de cada patrón.

Como se mencionó anteriormente, el apego seguro permite que el bebé siga un curso normal de desarrollo, por lo que la figura de apego es base fundamental para que el infante desarrolle sentimiento de confianza en sí mismo y en el mundo exterior, y pueda explorar lejos del cuidador con la confianza en que éste volverá a estar disponible. Como explican Villanueva (et. al., 2009):

La seguridad de apego del niño tendrá consecuencias a largo plazo en sus relaciones personales posteriores y en el desarrollo cognitivo, ya que la relación continúa con el cuidador permite entrar en la mentalización, es decir, la representación interna de las relaciones (p.6).

Otra de las hipótesis que intenta explicar la causa de este trastorno es que la ansiedad de separación surge luego de una experiencia traumática vivida en un momento de separación en el que la figura vinculada podría haber sido de mucha ayuda para el niño. Estas situaciones son muy variadas y pueden abarcar desde presenciar un conflicto familiar de personas externas a la familia, haber sufrido un accidente o enfermedad, o incluso circunstancias más graves como el abuso sexual (De las Heras, 2000).

El trastorno de ansiedad por separación muchas veces es confundido con la fobia escolar o viceversa. Existen autores que postulan que la fobia escolar es una manifestación del trastorno de ansiedad por separación (Gittelman-Klein & Klein, 1985, citados en Echeberrúa, 1996) según este enfoque la fobia escolar constituye una más de las situaciones en las que el niño no quiere separarse de la madre, sin embargo, actualmente se ven como dos problemas diferentes. En la fobia escolar el niño es reticente a ir al colegio debido al miedo que siente frente a algún estímulo relacionado específicamente con el ambiente escolar, por ejemplo, temor a los exámenes, temor a relacionarse con algún compañero, miedo al profesor, entre otros. Sin embargo, no muestran dificultades para separarse de sus figuras vinculares frente a otros contextos como ir de campamento



o quedarse a dormir en casa de un amigo. En cambio, como se ha revisado, la ansiedad de separación surge ante cualquier situación en la que el niño se separe de sus figuras de apego. Por lo que es importante tener en cuenta esta distinción al momento de emitir un diagnóstico (Echeberrúa, 1996; Orgilés, Espada, García-Fernández y Méndez, 2009).

Finalmente, la intervención en el trastorno de ansiedad por separación debe cubrir diferentes ámbitos: individual, familiar y escolar. La meta individual es que el niño tenga mayor seguridad en sí mismo y desarrolle su autonomía; y para lograr esto es fundamental el trabajo en conjunto con los padres, ya que, se necesita un cambio en los patrones de relación familiar. Además, la intervención escolar también es de vital importancia, sobre todo en niños que han dejado de asistir al colegio. En estos casos los profesores deben estar informados del curso del tratamiento para no tomar decisiones contraproducentes para el niño y poder colaborar con él, ya que los síntomas pueden reaparecer y el tratamiento demora (De las Heras, 2000; Villanueva, et. al., 2009).

## **2.- Constructivismo evolutivo**

“(…) Lo que creemos que conocemos está anclado sólo en nuestras asunciones, no en la esencia de la verdad misma, y ese mundo que intentamos entender permanece siempre en el horizonte de nuestros pensamientos.” (Kelly, 1997, citado en Neimeyer y Mahoney, 1998, p. 6).

Como lo enuncia la frase de Kelly, el constructivismo es una teoría que plantea que toda experiencia humana es sólo conocida por quien la experimenta y no existe una verdad objetiva del mundo. De la misma forma, los seres humanos tienen negado el acceso a la realidad inmediata más allá del lenguaje (Neimeyer, et. al., 1998).

El constructivismo es así llamado porque pone énfasis en los actos de construcción. Construir significa ordenar u organizar, y lo que se construye es la experiencia (Mahoney, 2005). Como explica Bateson (1976, citado en Feixas y Villegas, 2000) acerca de la actividad constructivista humana: “Creamos nuestro propio mundo al mirarlo de acuerdo con nuestras propias presuposiciones, nuestras propias premisas, nuestras propias expectativas” (p.127).

La teoría constructivista tiene fuentes de inspiración filosófica que se remontan a autores como Giambattista Vico, Immanuel Kant y Hans Vaihinger. Estos pensadores recalcaron el poder proactivo y ficticio que tienen los seres humanos a la hora de configurar las diferentes realidades a las que responden. Además, desde la psicología, en la primera mitad del siglo XX, se pueden citar como precursores del constructivismo a autores como Frederick Bartlett, Alfred Korzybski y Jean Piaget, quienes estudiaron los procesos constructivistas en la memoria humana, la cognición y el lenguaje rompiendo con las tendencias imperantes objetivistas y deterministas de la época (Neimeyer, et. al., 1998).

Como explica Mahoney (2005) existen muchos autores constructivistas con una diversidad de intereses, sin embargo, hay algunos temas en los que todos convergen y que el autor considera la esencia del constructivismo. Los cinco temas básicos son: a) actividad, b) orden, c) identidad, d) relación sociosimbólica, y e) desarrollo vital. De esta forma estos temas esenciales del constructivismo sugieren que: “una perspectiva constructivista de la experiencia humana es aquella que enfatiza la acción creadora del significado a través del desarrollo de uno mismo en sus relaciones con los demás” (Mahoney, 2005, p. 28).

El primer tema esencial del constructivismo, la actividad, se refiere a que los seres humanos no son pasivos dentro de la vida, sino que, son proactivos, agentes activos que intervienen en y sobre el mundo lo que lleva a la importancia de la autoeficacia, propuesta por Bandura, y los actos de significado planteados por Bruner (Mahoney, 2005). Como explica De la Harpe (2005) desde el constructivismo el ser humano tiene un rol activo en las construcciones de significado, por lo que el conocimiento no es visto como un estado, sino como una actividad constante que se realiza a partir de la interacción del sujeto con el medio y que produce transformaciones y procesos en el ser humano.

El segundo principio del constructivismo se refiere al orden. El ser humano organiza y ordena su experiencia en el mundo, desarrollando esquemas y creando significados, y luego reacciona según esa organización. Esto explica en gran medida la dificultad del cambio, ya que, aun cuando éste se desee, existe un impulso muy fuerte que empuja a la persona a lo que ha llegado a ser según el orden y la organización que ha dado a su mundo. Por esta razón, los cambios profundos requieren de rupturas y reparaciones de muchas estructuras. El motor de la autoorganización son las emociones, ya que dirigen la

atención, organizan la memoria, dan forma a las percepciones y estimulan el activo compromiso con el aprendizaje que la vida exige (Mahoney, 2005).

El tercer punto es la identidad. Como explica Piaget (s.f., citado en Mahoney, 2005) primero debemos organizarnos nosotros mismos para poder organizar el mundo. La primera auto-organización es la que hacen los bebés, al separar la experiencia de los límites corporales, por lo que los límites del cuerpo son un elemento central para la organización de la experiencia. El constructivismo valora la naturaleza personal del orden creado, es decir, la perspectiva única de cada persona que experimenta, y esta singular forma de experimentar está relacionada intrínsecamente con la manera en que la persona ha aprendido a crear y organizar.

El cuarto punto, la relación sociosimbólica, se refiere a la importancia que tienen las relaciones sociales en el orden y el significado que le damos a la experiencia. El ser humano nace, se desarrolla y aprende dentro de un contexto social, lo que es familiar y conocido depende de la historia personal de cada uno, de los conceptos más próximos, del vocabulario utilizado, etc. y todo esto es producto de todas las relaciones personales que se han ido construyendo tanto en el presente como en el pasado (Mahoney, 2005).

Finalmente, el desarrollo vital, se refiere a que los sistemas orgánicos evolucionan en base a fundamentos de cambio y estabilidad (De la Harpe, 2005). Además, para la teoría constructivista son muy importantes los procesos de desarrollo humano, sobre todo en la psicoterapia, ya que desde esta perspectiva existe una confianza y comprensión en la sabiduría de los procesos vitales para reorganizarse a sí mismos (Mahoney, 2005).

Uno de los autores más importantes de las teorías de desarrollo humano es Piaget, ya que su teoría puede ser vista de manera que el organismo humano es un sistema en desarrollo que construye significados (González, 2011).

El constructivismo piagetano está considerado dentro de un constructivismo crítico. Cada persona construye de manera diferente el conocimiento del mundo externo, por lo que existen innumerables formas de interpretaciones de la realidad dependiendo del sujeto que conoce. De esta manera, el conocimiento es un proceso evolutivo, ya que va evolucionando mediante la creación de interpretaciones sucesivas más abarcadoras, estructurándose, como se revisó anteriormente, en sistemas ordenados autoorganizados

(Sepúlveda, 2008). Asimismo, el constructivismo evolutivo se enmarca dentro de un constructivismo final, ya que se considera que la dirección del desarrollo es siempre hacia una mayor abstracción y complejidad de las funciones y los procesos. Como explica Piaget (1991, p.11): “Así pues, el desarrollo es, en un sentido, un progresivo equilibrarse, un paso perpetuo de un estado menos equilibrado a un estado superior de equilibrio”.

Por lo tanto, para Piaget (1991) el conocimiento no es un estado, sino una actividad constructiva constante, donde el sujeto debe actuar sobre el objeto y modificarlo, de manera que se construyan sistemas de transformación que puedan funcionar sin objetos (realidad). Esta acción proactiva y transformadora es esencial para que el sujeto integre los nuevos conocimientos a esquemas pre-existentes (Sepúlveda, 2008).

Para Piaget, (1998) la mente humana está constituida por esquemas que agrupan lo común entre varias acciones diferentes y similares. Los esquemas, a su vez, se asocian en estructuras de acción más complejas, lo que constituye un nuevo patrón de relaciones, es decir, una estructura. Estas estructuras formadas por esquemas que interactúan sistemática y regularmente tienen una forma distintiva y configuran un todo unificado. Las estructuras no existen en el ser humano de forma innata, lo que es innato es la capacidad de construcción. Las estructuras pueden crecer y desarrollarse como parte del proceso de transformación. Además, son propias de cada sujeto que construye, ya que, no están predeterminadas ni interior ni exteriormente, por lo que cada persona tiene la capacidad de transformarse a sí mismo construyendo estructuras (Sepúlveda, 2008). Como explica Macurán (2003): “Estas estructuras son entendidas como elementos productores y a la vez resultantes de la actividad personal e histórica de construcción de significado” (p. 97).

Para Piaget (1998), en el proceso de interacción persona-ambiente que lleva al conocimiento existen dos conceptos esenciales que se desarrollan simultáneamente: asimilación y acomodación. El proceso de asimilación consiste en integrar los nuevos conocimientos a estructuras previas del sujeto (Feixas, et. al., 2000). Como explica Piaget (1998): “Todo esquema de asimilación tiende a alimentarse, es decir, a incorporar los elementos exteriores a él y compatibles con su naturaleza.” (p. 14) El proceso de acomodación se realiza cuando el sujeto no es capaz de responder a las demandas de la realidad, por lo que la persona cambia el esquema pre-existente para que encaje con el ambiente, lo que produce una modificación en el comportamiento (Sepúlveda, 2008).

Como explica Piaget (1991) el equilibrio entre la asimilación y acomodación es la adaptación, la cual constituye la forma general del equilibrio psíquico. Siguiendo este planteamiento Sepúlveda (2008) comenta: “La vida sería un interjuego continuo de asimilación y acomodación en nuestro creciente entendimiento cognitivo” (p. 217).

El desarrollo de la persona siempre supone un equilibrio, ya que el organismo tiende a asegurar el equilibrio entre los factores internos y externos, es decir, entre asimilación y acomodación (Sepúlveda, 2008). Sin embargo, para que exista este equilibrio primero debe haber un desbalance del organismo con el ambiente. Como explica Piaget (1991) un desbalance o desequilibrio se manifiesta en forma de necesidad, “(...) hay necesidad cuando algo, al margen de nosotros o en nosotros mismos (en nuestro organismo físico o mental) se ha modificado, y se trata de reajustar la conducta en función de este cambio” (p. 15). Siguiendo con esta explicación, el autor comenta que el objetivo de cada nueva conducta que responde a una perturbación no es sólo restablecer el estado anterior, sino que tender hacia un equilibrio más estable, es decir, se dirige hacia una reequilibración maximizadora (Piaget, 1991; Piaget, 1998).

El hecho de que se llegue a una reequilibración maximizadora depende, en gran medida, de los esquemas afectivos. Piaget le da a estos esquemas una cualidad energética que tiene relación con la motivación. El autor explica que para que la inteligencia funcione es necesario un móvil afectivo, ya que, si no existe interés en resolver un problema o una necesidad la persona no avanza, por lo tanto, el motor de todo, lo que hace que el organismo logre un nuevo equilibrio y se desarrolle, es la motivación afectiva (Sepúlveda, 2008).

Continuando con el planteamiento de Piaget (1991), el desarrollo humano es una continua equilibración. Por tanto, para el autor el desarrollo del niño y del adolescente se puede describir en términos de equilibrio, ya que concibe el desarrollo mental como una construcción continua y lo explica asimilándolo a una construcción de un gran edificio. Con cada pieza que se adjunta al edificio, éste se fortalece, además con cada avance en la cimentación la obra va adquiriendo una mayor movilidad y ligereza, de forma que su equilibrio es más estable.

De esta manera, al igual que la construcción de un edificio, el desarrollo psicológico humano implica pasar por diferentes etapas que cada vez son más complejas. En cada

nueva fase se integran los aspectos críticos de la etapa anterior logrando cada vez una mayor organización articulada. Este proceso es detallado por las autoras Sepúlveda y Capella (2012, p.34) quienes señalan que en el desarrollo psicológico se presentan los siguientes movimientos evolutivos:

- Desde el egocentrismo hacia la descentración del sí mismo.
- Desde la visión subjetiva de la realidad hacia la construcción de una realidad objetivadora.
- Desde lo concreto hacia la abstracción.
- Desde la rigidez hacia la flexibilidad cognitiva.
- Desde el descontrol hacia el control de emociones e impulsos.
- Desde la dependencia hacia la autonomía: cooperación y reciprocidad en las relaciones interpersonales, respeto y responsabilidad social.
- Diferenciación e integración del sí mismo.

El niño comienza su desarrollo centrado en sí mismo. Empieza la interacción con la realidad desde su propia perspectiva a través de acciones que repite y que luego se van integrando en acciones cada vez más complejas dando significado al mundo en base a las emociones que le produce la interacción y lo que percibe, para ir configurando paulatinamente una visión más estructurada de la realidad, desde el pensamiento concreto en la etapa escolar hasta una lógica abstracta en la adolescencia (Sepúlveda, et. al., 2012).

Por lo tanto, el desarrollo mental consiste en llegar a una coordinación más amplia de relaciones a través de construcciones sucesivas que implican un progresivo descentramiento del punto de vista egocéntrico e inmediato. Esto es complementado por Kegan (1982) quien distingue que cada persona construye significado de forma diferente, involucrando tanto la emocionalidad como la cognición, existiendo un desarrollo en la forma que cada uno significa el mundo y el sí mismo. En el flujo del desarrollo evolutivo, en cada estadio, se logra cada vez una mayor diferenciación e integración del sí mismo con la realidad (González, 2011). Este proceso conforma la identidad personal, la que se configura como una meta central del desarrollo que permanece de forma constante en las diferentes etapas de la vida. El objetivo de la construcción de identidad es que ésta sea autónoma y solidaria (Sepúlveda, 2008). Como comenta la autora:

Este es un proceso de construcción activo de la estructura personal, que da al sí un sentido de mismidad y de continuidad en el tiempo, lo que nos da la posibilidad de ser reconocidos y de reconocer a otros como seres únicos, inmersos en un contexto social y cultural, que nos permite el reconocimiento del sí mismo y la solicitud desde el otro, el cual se incorpora como parte del sí mismo a la propia identidad. (p. 219)

Sepúlveda (2013) propone la organización de la identidad personal en tres procesos: 1) La unidad del sí mismo, 2) La integración del sí mismo, y 3) La integración con otros.

**La unidad del sí mismo** implica el reconocimiento de sí como un ser único y diferente. A través de un proceso de diferenciación corporal, sexual y psicológica, identificándose con características personales, valores e ideologías que configuran el carácter y también reconociendo las limitaciones inherentes del ser humano. La labor de diferenciación del sí mismo implica reconocer al otro como semejante ya que ambos poseen libertad y dignidad y, a la vez, tomar conciencia que el otro está integrado a sí mismo al estar interiorizado a través de las relaciones interpersonales importantes para la persona. En este proceso es importante responder a la pregunta ¿quién soy? Esta es una labor de aceptación de sí, con el objetivo de que la persona se respete y valore a sí misma, además pueda tomar conciencia y hacerse responsable de sus actos frente a sí mismo y a los demás (Sepúlveda, 2013).

En **la integración del sí mismo** se da una acomodación de las experiencias integradas en la etapa anterior. Se trabaja en entregar una coherencia a las experiencias tanto pasadas, presentes como futuras, además se integran contradicciones que se han ido dando y se reintegran de manera significativa. Todo esto ayuda a que se le dé continuidad al sí mismo. En este proceso es importante la vinculación con personas significativas a la vez que se aleja de aquellas que no lo son. Es importante responder la pregunta ¿quién soy yo para que puedas contar conmigo? (Sepúlveda, 2013).

**La integración con otros**, en esta fase, a través de la incorporación a grupos sociales, se busca diferentes alternativas de acción y el reconocimiento de otros. Esto con el objetivo de poder actuar en el mundo, además de confirmar la definición de la propia identidad y ponerla al servicio de los demás. En este proceso la persona se enfrenta a diversas limitaciones que surgen justamente de la incorporación a la sociedad, como por ejemplo, los otros exigen igualdad y que la persona se haga cargo de sus acciones,

además de las normas y valores que rigen la sociedad. Asimismo, al tomar conciencia de sí, se enfrenta a las limitaciones inherentes de ser humano. Al reconocer estas limitaciones la persona debe intentar coordinarse con ellas, encontrando consensos que le permitan dar continuidad en el tiempo a su identidad. En esta etapa es importante responder la pregunta ¿por qué debo actuar según las reglas? (Sepúlveda, 2013).

Continuando con el planteamiento de Piaget, el autor comenta que el desarrollo psicológico del ser humano es a través de diferentes estadios que siguen una secuencia, donde cada etapa es resultado de la anterior y necesaria para la siguiente. Cada estadio está conformado por estructuras que son construidas y que son distintas de las fases anteriores. Lo importante es que en cada etapa se van construyendo subestructuras que en el futuro darán forma a las estructuras de estadios posteriores. Se espera que antes de pasar de una fase a otra el sujeto esté sólidamente parado en el estadio actual (González, 2011). Por lo tanto, como plantea Ivey (1990) existen 2 movimientos evolutivos: 1) el vertical, el cual implica avanzar de un estadio del desarrollo otro y 2) el horizontal, el que consiste en construir una base sólida en el estadio actual antes de avanzar al siguiente.

Piaget (1991, p. 14) plantea que existen 6 etapas del desarrollo humano:

1° La etapa de los reflejos o ajustes hereditarios, así como las primeras tendencias instintivas (nutriciones) y las primeras emociones.

2° La etapa de las primeras costumbres motrices y de las primeras percepciones organizadas, así como los primeros sentimientos diferenciados.

3° La etapa de la inteligencia sensoriomotriz práctica (anterior al lenguaje), de las regulaciones afectivas elementales y de las primeras fijaciones exteriores de la afectividad. Estas primeras etapas constituyen por sí mismas el período del lactante (hasta la edad de un año y medio a dos años, o sea anteriormente al desarrollo del lenguaje y del pensamiento propiamente dicho).

4° La etapa de la inteligencia intuitiva, de los sentimientos interindividuales espontáneos y de las relaciones sociales de sumisión al adulto (de los dos a los siete años, o segunda parte de la «primera infancia»).



5° La etapa de las operaciones intelectuales concretas (inicio de la lógica), y de los sentimientos morales y sociales de cooperación (de los siete a los once-doce años).

6° La etapa de las operaciones intelectuales abstractas, de la formación de la personalidad y de la inserción afectiva e intelectual en la sociedad de los adultos (adolescencia).

Para los objetivos del presente escrito se presentarán las características de la 4ª etapa de la inteligencia intuitiva, ya que, los niños que presentan el trastorno de ansiedad por separación infantil en general se encuentran y/o funcionan desde un pensamiento prelógico. Como se revisó anteriormente, una de las características del trastorno es la percepción que tienen los niños de la realidad amenazante, llena de potenciales peligros. Los niños pequeños que se encuentran en la etapa de la inteligencia intuitiva ven exacerbados estos peligros por las características específicas del pensamiento que prima en este estadio del desarrollo, como revisaremos a continuación, debido al pensamiento mágico los niños que temen algo piensan que en verdad sucederá, por ejemplo, si temen a los fantasmas creerán que vendrán fantasmas a buscarlo. En el caso de los niños que ya han desarrollado un pensamiento lógico, en momentos de ansiedad las emociones de temor y la visión de realidad amenazante pueden bloquear los procesos del pensamiento lógico llevándolos a funcionar de manera prelógica.

- Etapa de la inteligencia intuitiva o preoperatoria.

Uno de los hitos más importantes en este periodo es la adquisición del lenguaje. El niño es capaz de coordinar sus acciones a través de relatos en diferentes tiempos (pasado, presente y futuro). De esto se derivan 3 consecuencias fundamentales para el desarrollo mental: 1) la acción se empieza a socializar con el intercambio entre individuos, pero este intercambio se centra en el propio punto de vista, 2) la interiorización de la palabra, es decir, aparece el pensamiento que posee como base el sistema de signos y el lenguaje interior, y 3) la interiorización de la acción, que como plantea Piaget (1991, p. 28) "(...) de ser puramente perceptiva y motriz, pasa a reconstituirse en el plano intuitivo de las imágenes y las "experiencias mentales".

En esta etapa prima el egocentrismo, ya que predomina la asimilación, sin embargo, al finalizar este periodo del desarrollo, el niño logra integrar un poco más el punto de vista

del otro (Piaget, 1991). El pensamiento que prevalece en esta etapa es intuitivo, el que se caracteriza por lo que el niño percibe en el momento, no siendo capaz de entender los procesos, sólo se limita a lo que ve al instante, por lo tanto no existe aún la capacidad de reversibilidad del pensamiento.

Como prima la satisfacción de las necesidades, los intereses y sentimientos del niño, la visión de realidad es subjetiva. Las cosas más importantes de la realidad dependen de la carga afectiva que tengan para el infante. Un ejemplo claro son las representaciones gráficas que realizan los niños caracterizadas por su visión deformante subjetivamente de la realidad. De esta forma aparecen más grandes las personas u objetos más significativos afectivamente para el niño, no guardando relación con las proporciones objetivas (Piaget, 1991).

En esta etapa el niño no es capaz de diferenciar la fantasía de la realidad, por lo tanto para él todo es posible. De esta forma el pensamiento mágico se da en este estadio, por lo cual los niños creen en las hadas, los fantasmas, duendes, etc. e intentan dar explicaciones mágicas a los fenómenos naturales (Piaget, 1991).

La moralidad del niño en esta fase es heterónoma, caracterizada por la sumisión al adulto, las normas se cumplen en base a un límite externo y por la posibilidad de un castigo (Piaget, 1991).

Piaget (2012) describe un fenómeno importante del desarrollo psicológico del niño: la formación del símbolo. Este proceso comienza a germinar en el estadio anterior, el sensoriomotor. El símbolo se refiere a la representación de un significado cualquiera, pudiendo ser un objeto, esquema conceptual o acontecimiento, en un significante específico y diferenciado representado, de forma subjetiva por parte del niño, por un objeto, gesto simbólico, imagen mental o lenguaje. Como explica Piaget (2012, p. 137): "(...) el símbolo se basa en el simple parecido entre el objeto presente que juega el papel de "significante" y el objeto ausente "significado", lo cual implica una representación: una situación no dada es evocada mentalmente." Este simbolismo es muy importante, ya que a través de esta función se desarrolla la representación de los objetos ausentes y posteriormente la ficción o sentimiento del "como si".

El desarrollo de la función simbólica en el niño se muestra en las conductas de imitación diferida y en el juego simbólico o juego de ficción. La imitación es el comienzo de la representación y consiste en imitar de forma sensoriomotora un modelo presente para luego imitarlo cuando éste está ausente (Piaget, 2012).

El juego simbólico o juego de ficción comienza a desarrollarse a partir del segundo año de vida. En este juego se representa un objeto ausente por otro, se compara un elemento específico con otro imaginado de manera análoga. Este juego es una representación ficticia, puesto que es una asimilación deformante. Como explica Piaget (2012) el niño: “(...) en el juego simbólico se interesa por las realidades simbolizadas y el símbolo le sirve simplemente para evocarlas” (p. 166).

Piaget (1991) comenta que el juego simbólico en esta etapa se caracteriza por el marcado egocentrismo del estadio. En su juego, el niño deforma la realidad en función de lo que él quiere, rehace su vida, realiza correcciones, tratando de darle un sentido a su realidad para integrarlo a su estructura.

Por otro lado, Piaget (1991) explica que otro de los fenómenos que se presenta en esta fase es el *finalismo*, todo debe tener una razón, los niños comienzan a preguntarse el por qué de todas las cosas. El *animismo*, se refiere a que los niños le dan características humanas a los objetos, creen que las cosas tienen intención. El *artificialismo* consiste en que los infantes creen que todo fue hecho por alguien, incluso la naturaleza. En los dibujos prima la visión subjetiva de la realidad. También existe el juego paralelo, determinado por la apariencia de coordinación entre 2 o más niños al jugar, sin embargo, cada uno lo hace independientemente. Algo parecido ocurre en el fenómeno del soliloquio, que son monólogos del niño para sí mismo. Estos últimos fenómenos dan cuenta que la socialización del niño está en las primeras fases, ya que aún no es capaz de salir de su punto de vista y coordinarse con los demás, esto se debe a su marcado e inconsciente egocentrismo.

El área afectiva está determinada por el pobre reconocimiento de emociones y por una expresión emocional sin control. Los niños no son capaces de posponer la satisfacción de sus necesidades, por lo que suelen tener rabietas. Sin embargo, se comienza a instalar la empatía, caracterizada por compartir sentimientos que experimentan los demás (Piaget, 1991).

### **3.- Psicoterapia constructivista evolutiva**

“Los pacientes acuden a la terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos han construido. Por lo tanto, todas las variedades de terapia se basan en el cuestionamiento de esos constructos” (Minuchin y Fishman, 1981, citados en Feixas, et. al., 2000, p. 130).

Como comenta Rosen (1985) la persona acude a terapia cuando, desde su estructura conceptual del estadio actual de desarrollo, no es capaz de asimilar o resolver un problema. Por lo que, la terapia consistiría en cambiar esas estructuras con el objetivo de crear un nuevo marco diferenciando e integrando tanto nuevos esquemas como antiguos. Desde este punto de vista, el autor explica que el paciente que acude a terapia está atrapado en un desequilibrio constante y no puede asimilar los conflictos a los que se está enfrentando, es decir, el paciente tiene una carencia de esquemas que le permitan asimilar y acomodar la situación problemática de manera beneficiosa para sí mismo y su medio ambiente.

Gonçalves (2002), desde la teoría narrativa, explica que las personas acuden a terapia porque las narrativas de su experiencia no son representativas de sus vivencias, ya que, estas narraciones están impregnadas de conflictos sin integrar otras posibilidades, además, en su experiencia existen elementos que contradicen estas narrativas. Por lo tanto, el objetivo de la psicoterapia sería guiar al paciente a crear relatos alternativos con nuevos significados, que le permitan tener una coherencia e integración de sus experiencias, y a su vez, superar significaciones poco adaptativas de sí mismo y de la realidad.

Complementando lo anterior, Neimeyer (et. al., 1998) explica que para los terapeutas constructivistas el objetivo básico de las terapias es promover la actividad de creación de significado, por lo que, en la evaluación se centran en identificar para luego reformular las metáforas principales de la narrativa del cliente, lo que normalmente lleva a cambios profundos centrándose en los procesos básicos del sí mismo.

Así mismo, Sepúlveda (2013) señala:

En el proceso psicoterapéutico la persona va a ir paulatinamente ampliando el nivel de conciencia de sus vivencias, y va a ir dando sentido a algunas sensaciones,

emociones y percepciones que no han sido integradas conscientemente, logrando dar un sentido de coherencia a sus vivencias y así iniciar el proceso de construcción de una identidad diferenciada e integrada en forma coherente (p.201).

Desde el enfoque constructivista evolutivo la toma de conciencia es una de las metas centrales del proceso psicoterapéutico. Sepúlveda (2013) explica que para lograr una toma de conciencia por parte del paciente es necesaria la conceptualización de la acción, por lo que las preguntas que realiza el terapeuta al paciente son esenciales para terminar con la automaticidad de la acción, y de esta forma, integrar una regulación y una elección en la acción personal. Esto se logra a través de la toma de conciencia por la conceptualización, aun cuando, en las primeras etapas del desarrollo ésta sea rudimentaria. El terapeuta debe señalar en el momento específico el aspecto principal de la acción, de la palabra y del diálogo, para que el paciente pueda tomar conciencia, lo que desemboca en la coherencia de la experiencia y finalmente en la resignificación. La autora propone que para lograr esta toma de conciencia se puede repetir la acción o cambiar la acción, por ejemplo: cambiar la acción de contexto (lo que debilita la automatización), detener la acción o su relato, para de esta forma tomar conciencia de los pasos que llevan a la acción; o bien, hacer la acción más lenta o más rápida. La toma de conciencia puede lograrse cuando la persona ha adquirido ciertos elementos del desarrollo como la reversibilidad, ya que es necesario un nivel de conceptualización para entender la intencionalidad y consecuencias de los actos, y compensar la automatización. Este aspecto se alcanza en la etapa de las operaciones concretas (Sepúlveda, 2013).

Rosen (1985) argumenta que en el proceso de psicoterapia es necesario tener en cuenta el nivel evolutivo del paciente, ya que las intervenciones que se llevarán a cabo son estímulos externos para el cliente, por lo que el significado que éste le dé está relacionado en gran parte con el estadio del desarrollo en que se encuentre al momento de asimilarlo. Además, comenta que es responsabilidad del terapeuta hacer el buen acoplamiento entre la técnica terapéutica y el paciente, por lo que el cliente nunca debe ser desvalorizado por no ajustarse a la intervención, sino que el terapeuta debe reexaminar sus conocimientos y habilidades y plantearse otros caminos posibles. En este sentido se promueve una actitud acomodativa por parte del psicoterapeuta que enfatiza la necesidad de entender al paciente desde sus propios términos y no desde una teoría previa de contenidos.

Estos principios son utilizados con mayor énfasis en las terapias infantiles. Como explica Ronen (2003) la psicoterapia infantil posee una naturaleza única, ya que debe tomar en cuenta multifactores que influyen en la niñez, como por ejemplo, los constantes y rápidos cambios tanto afectivos, cognitivos, motrices, ambientales, entre otros; la motivación externa por la que se acude a terapia, el funcionamiento diferente de los niños en distintos ambientes, la disparidad entre las fuentes de información, los rasgos cognitivos y del lenguaje, el estilo personal, la cultura en la que están inmersos, el género, entre otros. Para la autora es importante responder 2 preguntas antes de comenzar la terapia con niños:

- 1) ¿Cuáles son las características del desarrollo del niño específico y su problema (edad, género, nivel cognitivo, etapa emocional, motivación, lenguaje, estilo de pensamiento, intereses), y cómo creo que todo esto afecta a la evaluación, diseño de tratamiento, proceso de intervención y mantenimiento de resultados?
- 2) ¿Qué clase de técnicas podría ayudarme mejor a lograr mis objetivos? (traducción personal, Ronen, 2003, p. 19).

Complementando lo anterior, Sepúlveda (2012) plantea que las terapias constructivistas evolutivas siguen el curso normal del desarrollo de las personas, y éstas son activas en su proceso de desarrollo y cambio. Estas terapias están orientadas a facilitar el desarrollo del niño, adolescente y sus familias posibilitando un bienestar psíquico, integrado con un equilibrio interno y externo para lograr una mejor adaptación al medio. Además, el trabajo con niños y adolescentes requiere un foco múltiple de atención, ya que las intervenciones que se planifican deben aplicarse en los diferentes contextos en que los clientes se desenvuelven, como la familia, el colegio, entre otros. Por lo tanto, la psicoterapia debe ser planeada para intervenir tanto individual, como familiar y escolarmente.

Siguiendo con el planteamiento de Neimeyer (et. al., 1998), Sepúlveda (2013) comenta que las psicoterapias constructivistas evolutivas son terapias esencialmente del sí mismo y de organización de la identidad personal, por lo tanto se trabaja básicamente con las narrativas de la historia de las personas. Por lo que las metas se enfocan en que la relación de significado del sí mismo con el mundo cambie, posibilitando la construcción de una identidad solidaria y autónoma, a través de formas nuevas de narrativa, acción y diálogo.

La teoría narrativa postula que el lenguaje se constituye como elemento central en la creación de significados y en la construcción de la realidad. De esta forma, la narrativa se establece como un eje central en la organización de significados, en dar sentido a las experiencias, a los otros, a sí mismos y al mundo, lo que conlleva a la construcción de subjetividad y al conocimiento de la realidad. De esta forma, las personas son narradores de sus propias historias (Gonçalves, 2002).

Capella (2011) explica:

Al asumir la narrativa como fundamental en la construcción de la experiencia, y como la narración depende del lenguaje, significa que construimos nuestros significados del mundo a través del lenguaje, que es una actividad determinada de manera intersubjetiva y culturalmente. Se asume entonces que la experiencia y el conocimiento son construidas en una cultura, están localizadas contextual y socialmente, siendo indisociable de una matriz de relaciones interpersonales en tanto la narrativa se apropia de significados culturales y se narra ante otros (p. 25).

Es importante destacar que los niños desarrollan desde muy temprano la capacidad de organizar la experiencia a través de la narrativa (Gonçalves, 2002).

Como se ha revisado, desde el modelo narrativo, se entiende que las personas construyen su identidad personal a través de las narrativas, por lo tanto, la psicopatología es comprendida como un trastorno en la narrativa dado por una organización de significados específica, ya que, existe una incapacidad de integrar diferentes posibilidades y elementos que sean coherentes con la experiencia compleja de cada persona. De esta forma, la psicoterapia se centraría en la co-construcción del terapeuta con el paciente de narrativas más complejas y adaptativas para el paciente. Esto se logra entendiendo que, un cambio en las narrativas de vida implica una transformación del cliente, en tanto contar la historia de manera diferente implica una variación en los significados atribuidos a sus vidas (Gonçalves, 2002).

Sepúlveda (2012) plantea 3 etapas de la psicoterapia evolutiva constructivista con niños y adolescentes: 1) Análisis de problema: significación para el niño y su medio familiar, escolar y social. 2) Planteamiento de metas de la psicoterapia y objetivos terapéuticos, y 3) Proceso psicoterapéutico. Para los fines del presente trabajo se profundizará en la

tercera etapa, sin embargo, es necesario tener en cuenta que las intervenciones que se lleven a cabo dependen de las 2 primeras fases, no obstante: “El objetivo primordial de este enfoque es el equilibrio en cada etapa del desarrollo, logrando una organización equilibrada del sí mismo y facilitando los procesos de diferenciación e integración hacia el desarrollo de una identidad personal autónoma y solidaria” (Sepúlveda, 2012, p. 717).

La autora comenta que en el proceso de psicoterapia, desde el constructivismo evolutivo, se toman en cuenta los componentes centrales de la identidad personal revisados anteriormente: unidad de la identidad, integración de la identidad y la integración con otros; y se incorporan y organizan en 3 etapas de la psicoterapia: 1) Narrativa (unidad del sí mismo), 2) Acción (integración del sí mismo) y 3) Diálogo (integración con otros).

#### 1) Fase narrativa o unidad del sí mismo

En esta etapa, de manera guiada por el terapeuta, se favorece en el paciente el conocimiento de sí mismo por medio de auto observación. Algunos elementos centrales en este conocimiento son la diferenciación psicológica y corporal de los demás, el reconocimiento de sí mismo, el reconocimiento de los otros como personas diferentes y con la capacidad de integrarlos. Se trabaja en la aceptación y confirmación del sí mismo, se reconocen los pensamientos, sentimientos, principios, valores y experiencia. De esta forma se va dando sentido al sí mismo, continuidad y permanencia en el tiempo, lo que permite que la persona recupere la capacidad de iniciativa, de valoración de sí misma, de afrontamiento y de autoestima, lo que posibilita que se haga cargo de su vida y no sea sólo un espectador. Se busca que la persona de significado a su experiencia (Sepúlveda, 2012).

En esta fase el rol de terapeuta es de contención y confirmación al paciente, además de trabajar en un conocimiento guiado incorporando elementos personales no integrados y analizando diferentes formas de solucionar problemas (Sepúlveda, 2013).

Es importante ayudar al niño o adolescente a responder las preguntas ¿quién soy yo?, ¿cómo soy? y ¿quién quiero ser? Para ayudar en el proceso de diferenciación e integración personal (Arendt, 1974, citado en Sepúlveda, 2013).



Esta etapa de la psicoterapia es esencialmente narrativa, ya que al integrar un sentido de continuidad, permanencia y reconocimiento de sí mismo se va construyendo una identidad narrativa (Sepúlveda, 2013).

Desde el enfoque constructivista evolutivo se sugiere la construcción de historias en terapia desde el nivel de desarrollo actual, para ir complejizando hacia niveles de construcción de mayor abstracción, lo que facilita desarrollar soluciones a problemas actuales, lo que conlleva al fortalecimiento de habilidades emocionales y conceptuales que se pueden utilizar en la vida diaria (Sepúlveda, 2013).

Nicoulopoulou (1977, citado en Sepúlveda, 2013) explica que la actividad narrativa de los niños es una acción simbólica. Esta actividad narrativa vincula la formación de la identidad con la construcción de la realidad, ya que, esta acción narrativa, además de representar la realidad, la construye y le da significado a la experiencia. La actividad simbólica del niño entrega una ventaja invaluable, ya que, a través de la creación de narrativas en el juego imaginario, relatar cuentos, entre otros, el terapeuta puede tener acceso a la vida mental del niño y de sus imágenes respecto del mundo.

Sepúlveda (2013) explica acerca de la actividad narrativa:

La narrativa es una forma de acción simbólica que da forma y significado a la realidad, a la vez que la representa, y permite a las personas usarla para dar sentido a su mundo personal y social; siendo un vehículo para la formación, afirmación, mantención, exploración y redefinición de la identidad personal y colectiva (p.235).

En el caso de los niños en psicoterapia, el juego y la práctica narrativa son elementos importantísimos para resignificar la realidad. A través de estos elementos el niño puede ensayar y crear roles, lo que le posibilita intentar dominar los enigmas del mundo social complejo y amplio. Los niños utilizan esta actividad narrativa para encontrar su lugar en el mundo y darle un sentido a su experiencia, lo que ejemplifica la estrecha conexión entre la identidad y la construcción de realidad (Sepúlveda, 2013).

Finalmente, en esta etapa de la psicoterapia se busca comprender la situación problemática llevada a terapia y su significado, a fin de co-construir en conjunto con el

terapeuta nuevos significados más coherentes con la unidad de sí mismo para responder a la pregunta central de esta etapa inicial: ¿quién soy? (Sepúlveda, 2013)

## 2) Fase Acción o integración del sí mismo

En esta etapa se favorece la experiencia en la realidad misma confrontando las hipótesis que se han ido generando a lo largo de la primera fase de psicoterapia. Se inicia un trabajo de enfrentamiento de contradicciones, lo que requiere una mayor acomodación por parte de la persona, ya que en contacto con la realidad física y social se revisan los significados de sí mismo y del mundo. Se impulsa la inserción social efectiva a través de la interacción en espacios sociales, académicos, recreativos, deportivos, entre otros, con el objetivo de lograr un reconocimiento tanto de sí en estos espacios como de los otros (Sepúlveda, 2012).

En esta etapa de la terapia el paciente tiene la tarea de ir creando nuevos significados, nuevas emociones, cogniciones y sensaciones en la acción misma. El terapeuta le pide al paciente que realice acciones en su contexto cotidiano que den cuenta de su cambio narrativo. De estas intervenciones surgen nuevas experiencias que se conforman en nuevos conocimientos (Sepúlveda, 2013).

Las acciones que realiza el paciente en su contexto, con o sin ayuda del terapeuta, deben ser acciones con sentido para la persona. Estas acciones implican un compromiso con decisiones personales que se enmarcan dentro de una voluntad de lograr diferentes objetivos y la autonomía. En este proceso el paciente puede encontrarse con frustraciones, lo que desafía constantemente la creatividad y la agencia personal (Sepúlveda, 2013).

En esta etapa de la psicoterapia es necesario trabajar en las consecuencias que tienen las acciones que realiza la persona, descubriendo las intenciones y valores que hay detrás de éstas, como el respeto y la responsabilidad. Ambos valores están en relación tanto consigo mismo como con los otros, por lo tanto, se necesita de una integración de los otros a sí mismo relacionada afectivamente. También es de vital importancia trabajar el proceso de memoria para dar continuidad a la experiencia de vida. Esto se logra integrando el pasado con el presente y proyectándolo al futuro, lo que se alcanza a través

de la creación de nuevas acciones que construyan nuevos significados. Como explica Sepúlveda (2013):

Se resignifica desde un presente, con otros sentidos, con otras estructuras psíquicas. La persona integra sus experiencias con un sentido de agente, de autor, respondiendo a la pregunta de Arendt (1998), central para la construcción de la identidad narrativa: ¿Quién ha hecho esta acción? ¿Quién es su agente, su autor? La respuesta es narrativa, es contar la historia de una vida, soporte de un nombre propio, de una identidad personal, que se devela en la narrativa y en la acción (p. 244).

El rol del terapeuta en esta etapa es ayudar en el reconocimiento de los otros e incorporarlos como parte de sí mismo (Sepúlveda, 2012).

Se deben responder las preguntas ¿quién soy yo para que puedas contar conmigo? y ¿cómo hago para ser parte del mundo, responsable por el mundo? (Ricoeur, 1996, citado en Sepúlveda, 2012). Este trabajo implica la realización de proyectos de vida a corto y largo plazo a través de las acciones significativas para cada persona, revisadas anteriormente, tomando en consideración que las personas están inmersas en una realidad compleja que abarca diferentes campos como el social, cultural y político (Sepúlveda, 2013).

### 3) Fase Diálogo o integración con otros

En esta fase se busca la integración de las experiencias de vida, se trabaja la continuidad del sí mismo en la integración de pasado, presente y futuro incorporando experiencias dolorosas o difíciles, en relación con sus valores, metas a largo plazo y proyectos personales, lo que le permite al joven “articular un proyecto de vida con sentido en relación a quién ha definido ser en su interacción con el mundo, en los diversos ámbitos de interacción” (Sepúlveda, 2012, p. 720), y con los niños se logran estos objetivos realizando actividades en relación a tópicos concretos de su realidad habitual. Se trabaja para lograr un mayor desarrollo moral, enfatizando el progreso de la autonomía, responsabilidad y solidaridad. Se busca la integración con los otros en la identidad personal (Sepúlveda, 2012).

Se intenta responder la pregunta ¿por qué se debe actuar según las reglas? (Ricoeur, 1996, citado en Sepúlveda, 2012), con el objetivo de trabajar en la inserción social. Además, se trabaja en facilitar buenos argumentos para aceptar compromisos con el mundo, integrando la reflexión con aspectos más emocionales y sociales, mediante acciones cada vez con mayores características de autonomía, responsabilidad y solidaridad. Como explica Sepúlveda, (2013): “Este es un trabajo de construcción de identidad personal que enfatiza el desarrollo de la integración con otros” (p.246).

Esta es la etapa final de la psicoterapia y para lograr los objetivos correspondientes se necesita de un mayor nivel de abstracción con toma de conciencia más operatoria, por lo que se realiza preferentemente con niños mayores y adolescentes (Sepúlveda, 2013).

Las técnicas que se utilizan en cada una de las etapas del proceso psicoterapéutico pueden agruparse según las diferentes formas de representación de la realidad planteadas por Bruner (1984, citado en Sepúlveda et al., 1998): 1) Actividades por la acción, 2) Actividades por imágenes y 3) Actividades verbales. Además, es importante comentar que desde este modelo se pueden utilizar técnicas provenientes desde otros enfoques de la psicología adaptándolas a la epistemología constructivista.

#### 1) Actividades por la acción

La representación de la realidad es mediante la acción. Entre estas técnicas se pueden encontrar el juego guiado, juego directivo, juego estructurado o de reglas, marionetas, títeres, dramatizaciones, entre otros (Sepúlveda, et. al., 1998).

Las actividades por la acción tienen gran relevancia en la psicoterapia fundamentalmente por la existencia de la función simbólica en el niño. Anteriormente se comentó la utilización del símbolo en el juego de los niños y la importancia de la simbolización en el proceso de representación. En este apartado se explicarán las características del juego simbólico para comprender de mejor manera cómo las técnicas de psicoterapia por la acción son un aporte para el logro de los objetivos terapéuticos.

Como se mencionó anteriormente, la función simbólica consiste en representar un significado cualquiera por un objeto, el cual sería el significante. En el juego simbólico el símbolo estaría dado por la representación de un objeto imaginado, esto se realiza por

medio de la comparación entre un elemento dado y el objeto imaginado (Piaget, 2012). Por ejemplo: “La niña que da piedritas como alimento, representa simbólicamente a este último por la primera, y se satisface con una ficción, puesto que el lazo entre el significante y el significado es totalmente subjetivo” (Sepúlveda, 2013, p. 260).

El juego simbólico tiene diferentes funciones que ayudan en el desarrollo del infante, como son la compensación, la realización de deseos y la liquidación de conflictos. Por un lado la compensación se refiere al juego cuya finalidad es corregir la realidad más allá del placer. Piaget (2012) explica esta función de compensación con dos ejemplos: “(...) un acto prohibido es ejecutado ficticiamente.” Y “(...) es el juego que consiste en reaccionar por este medio contra el miedo o realizar en juego lo que no osaría hacerse en la realidad” (p. 181 - 182).

Por otro lado, las combinaciones liquidadoras son los juegos simbólicos caracterizados por la presencia de situaciones penosas o conflictivas, por lo que el niño las acepta o las compensa a través de revivirlas y cambiarlas simbólicamente. En este juego las situaciones problemas se aíslan de su contexto original permitiéndole al infante incorporar nuevas conductas (Piaget, 2012). Sepúlveda (2013) explica que en este tipo de juegos los niños recrean la situación conflictiva varias veces integrando progresivamente elementos protectores, lo que disminuye los sentimientos de angustia y temor que vivieron.

Como explica Piaget (2012) las combinaciones liquidadoras son un claro ejemplo de la función del juego simbólico: “(...) asimilar lo real al yo, liberándolo de las necesidades de la acomodación” (p.260 - 261).

En síntesis, como explica Sepúlveda (2013) la compensación permite al yo desquitarse con la realidad y la liquidación permite revivir las situaciones donde el sí mismo estuvo amenazado para asimilarlas y luego vencerlas.

Sepúlveda (2013) destaca la importancia que tienen las funciones del juego simbólico en la psicoterapia, ya que actúan como facilitadores de los procesos de asimilación y acomodación.

El juego simbólico comienza a decaer desde los 4 a los 7 años dando paso a un juego cada vez más cercano a la realidad, sin embargo, el tema general del juego sigue siendo

simbólico. Otra característica del juego en esta etapa es que comienza a parecer un simbolismo colectivo, es decir, se comienza a coordinar los diferentes roles en un ambiente de cooperación. Es así como van surgiendo progresos importantes en la socialización infantil (Piaget, 2012).

Como explica Sepúlveda (2013) el juego simbólico comienza a decaer cuando el niño va sometiendo cada vez más su yo a la realidad en lugar de asimilar su mundo al yo. Este cambio da como resultado otro tipo de juego: el juego de reglas (Piaget, 2012). Sepúlveda (2013) destaca la importancia del juego en el desarrollo del niño y en la psicoterapia:

El juego resulta indispensable en el equilibrio afectivo e intelectual del niño en las diferentes etapas del desarrollo psíquico. El niño requiere de una actividad cuya motivación no sea la adaptación a lo real, si no por el contrario, el juego transforma lo real, por asimilación más o menos pura, a las necesidades del yo (...) En la asimilación lúdica, el yo somete al universo entero, en las conductas de juego, por lo cual logra liberarse de los conflictos, elemento central que se ocupa en las actividades de juego terapéutico” (p.262-263).

## 2) Actividades por imágenes

La representación es icónica, parcialmente independiente de acciones, es decir, se representa la realidad a través de imágenes. Algunas de las técnicas que se encuentran en este grupo son técnicas gráficas como el dibujo, la utilización de greda, cerámica y plasticina, la creación de póster, afiches, historietas, garabateos, el uso de imaginaria, imágenes simbólicas, sustitución de imágenes negativas por positivas, técnica de apagar, repetición, proyección en el tiempo, descatastrofizar la imagen, ensayo de rol, técnica de la moviola, entre otras (Sepúlveda, et. al., 1998).

La función simbólica también está presente en este tipo de estrategias psicoterapéuticas. Como explica Sepúlveda (2013) el dibujo es una forma de la función simbólica que posee características del juego simbólico y de la imagen mental, ya que con el primero comparte el placer funcional y con el segundo la imitación a la realidad. El dibujo hasta los 8 o 9 años es realista de intención, ya que el niño dibuja lo que sabe de un personaje antes de lo que ve, por lo que el dibujo, más que ser una copia de la realidad, es significado. Como explica la autora:

El dibujo reproduce todo lo vivido, pero por representaciones simbólicas, y tanto en el dibujo como en el juego, estas reproducciones son ante todo afirmación del yo por placer de ejercer sus poderes y revivir la experiencia que ya se fue. (...) En el dibujo simbólico también se observan los conflictos, las defensas, contra la angustia, las fobias, agresividad o identificación con los agresores, repliegues por temor al riesgo o a la competencia, entre otros (p.264).

Luego, el dibujo pasa a lo que se denomina realismo intelectual, donde el infante no se preocupa de las relaciones métricas, si no de los atributos conceptuales. Finalmente, el dibujo, aproximadamente a los 9 años de edad, llega a un realismo visual, donde lo más importante es retratar la realidad lo más objetivamente posible (Sepúlveda, 2013).

### 3) Actividades verbales

La representación de la realidad es a través del lenguaje o modo simbólico, es decir, las imágenes y acciones se descifran en el lenguaje. Entre estas técnicas se encuentran el diálogo, la reestructuración cognitiva, la expresión escrita como cartas no enviadas, diarios de desarrollo personal, el uso de cuentos narrados, colectivos o personales, historias espontáneas, historias metafóricas, completación de oraciones, hacer listas, método de resolución de problemas, entre otras (Sepúlveda, et. al., 1998).

Como se revisó anteriormente, las narrativas son fundamentales para el proceso de cambio, ya que las historias que las personas cuentan de sí mismas conforman su identidad, por lo que un cambio en la narrativa personal significa la adquisición de nuevos conocimientos y significados que estimulan una mejor adaptación y potencian la creación de una identidad autónoma y solidaria. Además, los niños, a través de la narrativa pueden crear y ensayar roles de la realidad, lo que posibilita un sentimiento de dominio. Por otro lado, esta actividad les sirve para encontrar su lugar en el mundo y dar un sentido a su experiencia (Gonçalves, 2002; Sepúlveda, 2013).

Para finalizar, Sepúlveda (2013) comenta:

Como hemos visto, con la imagen mental, el juego simbólico, el dibujo y el lenguaje, el objeto afectivo está siempre presente, lo que implica la formación de nuevos

afectos, y de una conciencia o valoración del sí mismo del niño, elementos centrales en el proceso psicoterapéutico (p. 268).

Las técnicas que se utilicen se deben elegir tomando en cuenta los intereses del niño, la etapa del desarrollo psicológico en la que se encuentre y los objetivos planteados en la evaluación. En cada sesión es recomendado utilizar al menos dos formas diferentes de representación de la realidad con el objetivo de ayudar a flexibilizar los procesos cognitivos del niño y facilitar diversas formas de expresión (Sepúlveda, 2012).



## RESULTADOS

### Propuesta de lineamientos de psicoterapia

Como se revisó anteriormente, cada persona crea representaciones internas que se derivan de interacciones previas de cada uno con la realidad. Como explica Sepúlveda (2012, p. 711): *“Así, todo lo aprendido y conocido son productos de un sistema de procesamiento de información que selecciona, filtra e interpreta el ambiente y los diversos estímulos sensoriales que llegan al organismo, desde su particular estructura del desarrollo psíquico”*. Cada sujeto tiene una concepción que lo lleva a la construcción del mundo externo, por lo que cada persona puede interpretar de una forma diferente la realidad (Sepúlveda, 2012). Siguiendo el planteamiento de la autora, se puede entender desde el constructivismo evolutivo que el trastorno de ansiedad por separación se relaciona con la percepción de mundo peligroso y amenazante que tienen los niños, lo que se vincula con la creencia de que no se tienen las habilidades necesarias para hacer frente a estos peligros de manera autónoma, por lo mismo los temores se acentúan, ya que los infantes perciben que están en un mundo donde existen múltiples peligros y ellos no pueden hacer nada para afrontar o cambiar estas situaciones. Por esta razón es que necesitan estar siempre en compañía de sus figuras de apego, ya que, de esta forma se aseguran que sus miedos más temidos no se realicen. Por lo tanto, la representación de estos infantes hace que su construcción de realidad esté teñida de aspectos amenazantes. Por ende, el trabajo en psicoterapia debe enfocarse en cambiar la construcción de significados de la experiencia, y para lograr este objetivo es importante que los padres también hagan este esfuerzo, pues como se revisó anteriormente, muchas veces hay psicopatología ansiosa también en los padres, lo que los lleva a la mantención de dependencia de los niños. Por lo mismo, cuando los niños comienzan la psicoterapia y uno o ambos padres presentan alguna psicopatología es necesario derivarlos a psicoterapia individual, ya que la relación familiar existente dificulta la autonomía de los miembros y para que esto cambie es preciso que los adultos también hagan este trabajo de cambiar su propia visión de mundo amenazadora y puedan construir nuevos significados más adaptativos de la realidad.

Es importante tener en cuenta que por las características de este trastorno internalizante es significativo que las intervenciones que se realicen tiendan a la asimilación de las

experiencias, ya que en los trastornos ansiosos existe un predominio de la acomodación. Esto ocurre porque los niños que sufren trastornos ansiosos presentan una excesiva flexibilidad al entorno, por lo que no alcanzan a asimilar nuevos conocimientos a la experiencia de ansiedad, cambiando su esquema haciéndolo encajar con el ambiente, y en este caso el niño percibe el ambiente en que se desarrolla como peligroso. Por lo tanto, se deben enfocar las intervenciones en que el paciente integre nuevos conocimientos a estructuras ya existentes (Apuntes Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Evolutiva con Niños y Adolescentes desde la Perspectiva Constructivista, 2012).

En este apartado se expondrá una propuesta de lineamientos de psicoterapia desde el enfoque constructivista evolutivo para niños y niñas diagnosticados con este trastorno, tomando en consideración las características propias de la alteración, con el fin de tener una mayor claridad de los objetivos y las técnicas a utilizar al momento de intervenir.

Como se revisó anteriormente, uno de los motivos para que las personas ingresen a psicoterapia es que la realidad que ellos mismos han construido ya no es adaptativa, y una de las principales metas de las terapias constructivistas evolutivas es justamente cambiar los significados que los pacientes han creado y que ya no les son útiles. Las terapias psicológicas que se realizan desde esta perspectiva tienen características que las definen y diferencian de otros enfoques de la psicología. La principal particularidad es la importancia que tiene la creación o construcción de significados de cada persona y el objetivo final es que la relación entre estos significados del sí mismo y el mundo cambien, de manera que se posibilite una mejor adaptación de la persona al medio. En la construcción de significado intervienen múltiples factores, uno de ellos es la relación socio simbólica, y por este motivo es de vital importancia integrar los diferentes contextos en los que se desenvuelve el paciente a la terapia, ya que, si se desea un cambio en la construcción de los significados, es primordial que las personas que participan del ambiente del niño o niña estén en sintonía con los requerimientos necesarios para el cambio, por lo tanto, en esta propuesta se trabajará con los diferentes contextos en los que se desarrollan los niños generalmente, como son, el colegio y la familia.

El siguiente elemento importante en la construcción de significados es la identidad personal. Cada persona tiene una naturaleza única y diferente de organizar información y

construir estructuras, y desde esta perspectiva se valora y respeta esta forma distintiva. Además, se trabaja siempre hacia el logro de una identidad integrada que tienda hacia la autonomía y la solidaridad.

Otra de las características de este enfoque es que se confía en la sabiduría de los procesos vitales para reorganizarse a sí mismos, por lo que desde el constructivismo evolutivo existe una ventaja en este sentido, ya que se trabaja en paralelo a este proceso potenciándolo. Esto se refleja con mayor claridad en el trabajo con niños, porque una de las metas de esta psicoterapia es, que el paciente se fortalezca en su estadio del desarrollo antes de pasar al siguiente y éste también es un proceso natural del desarrollo vital. Además, es muy necesario saber las características de la etapa en el que se encuentra el infante, ya que las intervenciones que se realizan son estímulos que se significan dependiendo, entre otros factores, del nivel evolutivo que presenta. Por lo que, en los lineamientos que se proponen siempre se considera este elemento.

Otro punto es el papel que juegan las emociones en estas terapias. Para Piaget (1998) los esquemas emocionales son el motor del aprendizaje, por ende, de aquí surge la importancia que tienen las emociones en el proceso de conocimiento y desarrollo psicológico, porque, como se explicó anteriormente, para que se produzca la adaptación del ser humano es necesario que luego del desequilibrio se logre un equilibrio entre la asimilación y la acomodación, y esto se consigue por el interés que tenga la persona para superar este desbalance, por lo tanto, depende de la motivación afectiva que se genere un cambio. Lo mismo ocurre en el proceso de psicoterapia.

Por otro lado es muy importante tener en cuenta el desarrollo de la función simbólica en los niños. En la terapia se utilizan técnicas psicoterapéuticas para lograr los objetivos que se planteen para cada paciente. Es de vital importancia que estas herramientas estén en sintonía con el desarrollo de cada niño y que facilite el proceso de cambio. Una de las técnicas más utilizadas es el juego, y en la etapa preoperatoria predomina el juego simbólico. Una de las características de este juego es que predomina la asimilación, por lo que ayuda a que el paciente tenga mayores experiencias asimilativas para lograr un equilibrio, ya que, en este trastorno internalizante, predomina la acomodación. En el juego simbólico las funciones de compensación y de liquidación potencian el cambio de significados y posibilitan una co-construcción en conjunto con el terapeuta de nuevas

formas de significar la relación con la realidad. De esta forma, el niño en el juego representa situaciones complejas para él y puede resolverlas o integrar elementos protectores. También se utiliza el diálogo y todas las técnicas que derivan de él. Por medio de esta herramienta se puede resignificar la experiencia construyendo narrativas de historias personales que abarquen la complejidad del ser humano, integrando elementos del pasado, presente y futuro en la identidad personal. Además, a través del diálogo, se posibilita una toma de conciencia, aunque sea a un nivel rudimentario.

Todas estas características se han utilizado para la propuesta de los objetivos terapéuticos y las técnicas de psicoterapia a trabajar en esta memoria, además de considerar los movimientos evolutivos del desarrollo psicológico, revisados anteriormente, planteados por Capella y Sepúlveda (2012) y las características específicas revisadas del trastorno de ansiedad por separación. De esta manera, los objetivos se organizarán en tres áreas correspondientes a los contextos más habituales en los que se desarrolla un niño o niña de entre 4 y 11 años: individual, familiar y escolar. Finalmente, como resume Sepúlveda (2012) el objetivo general de las terapias constructivistas evolutivas es:“(…) el equilibrio en cada etapa del desarrollo, logrando una organización equilibrada del sí mismo y facilitando los procesos de diferenciación e integración hacia el desarrollo de una identidad personal: autónoma y solidaria” (p. 717).

A continuación se exponen los objetivos psicoterapéuticos para trabajar con niños que presenten trastorno de ansiedad de separación y sus familias. Los objetivos se dividirán según las diferentes áreas del desarrollo psicológico y focos de intervención.

#### Objetivos área individual

##### *Área cognitiva:*

- Favorecer el reconocimiento de sí mismo
- Desarrollar seguridad en sí mismo
- Promover la capacidad de iniciativa
- Desarrollar una visión menos amenazadora y más adaptativa de la realidad
- Estimular la exploración del entorno
- Desarrollar estrategias de afrontamiento de miedos
- Resignificar la experiencia ansiógena

#### *Área afectiva:*

- Reconocer, diferenciar y expresar emociones, específicamente la ansiedad.
- Favorecer el control de la ansiedad.

#### *Área social:*

- Desarrollar y fortalecer vínculos afectivos externos a la familia
- Estimular una toma de perspectiva social

#### *Área moral:*

- Promover la autonomía moral.

#### *Área identidad personal:*

- Desarrollar una identidad personal, integrando tanto elementos de sí mismo como de los otros

#### Objetivos área familiar

- Estimular un estilo de socialización que fomente la independencia y la autonomía.
- Reforzar el afrontamiento de situaciones temidas.
- Fomentar un apego seguro de los padres con el niño o niña.

#### Objetivos área escolar

- Reinsertar al paciente en el establecimiento (cuando sea el caso)
- Fomentar una integración placentera con el grupo curso
- Informar al profesor jefe del proceso del niño y establecer estrategias de acción en conjunto con el colegio para ayudar al niño en el tratamiento

Utilizando estos objetivos, tomando en cuenta las características del diagnóstico, la especificidad de la etapa del desarrollo con la que se trabajará (preoperatoria) y la particularidad de cada una de las etapas de la psicoterapia constructivista evolutiva, se presentarán a continuación algunos lineamientos de psicoterapia. No hay que olvidar que esta proposición no pretende ser inflexible, ya que, como se revisó anteriormente, cada niño o niña tiene múltiples factores que influyen en su desarrollo, y cada caso es único,

por lo que esta propuesta tiene como fin ser una guía para los terapeutas que traten a niños, niñas y sus familias con este diagnóstico desde el enfoque constructivista evolutivo.

Los objetivos psicoterapéuticos planteados anteriormente serán organizados según lo que se debe abordar en las diferentes etapas de la psicoterapia propuestas por Sepúlveda (2012) y para cada objetivo se sugerirá al menos dos técnicas terapéuticas con diferentes formas de representación de la realidad para lograr una mayor flexibilidad cognitiva en el proceso psicoterapéutico.

### **1.- Fase Narrativa o Unidad del Sí Mismo.**

Como se revisó anteriormente, en esta fase es importante que el paciente logre un autoconocimiento guiado por el terapeuta, siendo una etapa de aceptación de sí mismo.

El terapeuta debe contener y validar al niño o niña, y no cuestionar los temores que presentan, ya que su pensamiento es intuitivo, fuera de la lógica, por lo que es infructuoso dar explicaciones racionales acerca de que los temores son irreales.

Se sugieren los siguientes objetivos: 1) favorecer el reconocimiento de sí mismo, 2) desarrollar seguridad en sí mismo, 3) promover la capacidad de iniciativa, 4) reconocer, diferenciar y expresar emociones específicamente la ansiedad y 5) Informar al profesor jefe del estado del niño y establecer estrategias de acción en conjunto con el colegio. Estos objetivos se enmarcan dentro de la primera etapa de psicoterapia porque aquí, como explica Sepúlveda (2013), se favorece el conocimiento de sí mismo, lo que se logra por medio de la diferenciación psicológica y física de los demás, a la vez que los integra. Además se trabaja en reconocimiento de pensamientos propios, valores y emociones, lo que ayuda a dar un sentido al sí mismo, y por lo tanto, esto permite que se recupere la capacidad de iniciativa, lo que hay que fortalecer. Además es importante que el niño comprenda por qué viene a terapia con el objetivo de co-construir en conjunto con el terapeuta nuevos significados más coherentes con la unidad del sí mismo. Por otro lado, es importante que el profesor esté al tanto del tratamiento, ya que, se deben coordinar acciones en pro del avance del niño. Estos objetivos deben haberse alcanzado para pasar a la segunda etapa de la psicoterapia, la que se enfoca en confrontar en la realidad lo que se ha aprendido en la primera etapa.

Finalmente se proponen algunas técnicas tomando en cuenta la etapa del desarrollo del niño o niña, especialmente al momento de dar algunas instrucciones y hacer comentarios, ya que, con los niños en etapa preoperatoria el diálogo debe ser a nivel preconceptual.

### 1) Favorecer el reconocimiento de sí mismo

a) Dibujo de sí mismo: esta técnica consiste en pedirle al niño que se dibuje a sí mismo y que luego explique su dibujo, para lo cual puede utilizar cualquier tipo de lápices y/o pintura como témpera o acuarela, entre otros (Sepúlveda, et. al., 1998). El terapeuta debe estar atento a lo que el niño dibuja y cuenta de sí mismo, también debe ir guiando la conversación hacia aspectos importantes del niño con el objetivo que este último piense e integre sus características personales lo que, finalmente repercute en el reconocimiento de sí mismo. Esta es una técnica por imágenes.

b) Marionetas de sí mismo: para la realización de esta técnica se le entrega al niño materiales para confeccionar algunas marionetas, tales como hojas blancas, lápices para pintar, témperas, etc. además de pegamento y palitos de helado para que puedan darle un soporte a sus creaciones. Luego se crea una historia con los personajes, la que puede ser sugerida por el terapeuta o por el niño. Esta técnica es muy útil para que el niño vaya comprendiéndose a sí mismo y ganando confianza, ya que al ser una técnica de juego el niño se interioriza y se entusiasma con la actividad (Sepúlveda, et. al., 1998). Al hacer una marioneta de sí mismo, el niño tiene que pensar en cómo cree que es, plasmar esa idea en la marioneta y luego debe actuar en el juego según cree que el actuaría, por lo que va integrando cada vez más sus características personales. Esta es una técnica por la acción.

### 2) Desarrollar seguridad en sí mismo.

a) Modelos de enfrentamiento: esta técnica consiste en una imaginación en la cual se desarrolla una historia en que el paciente enfrenta alguna situación ansiógena con la ayuda de un súper héroe o él mismo siendo más hábil (Sepúlveda, et. al., 1998). Al experimentar esta imaginación el niño o niña puede sentirse empoderado y, así, resolver

situaciones problemáticas, lo que aumentaría la seguridad en sí mismo. Este objetivo puede lograrse apoyándose en el juego simbólico del niño, específicamente por la función de compensación. Esta técnica es una técnica de imágenes.

b) Simulando saber cómo: esta es una técnica verbal que consiste en que el terapeuta le pide al niño que haga alguna actividad como si supiera hacerla, dada la resistencia de algunos niños a realizar tareas más complejas. El terapeuta debe reforzar al niño, por lo que éste va teniendo mayor seguridad, y como es un juego fantaseado, se siente libre de actuar sin temor a fracasar. Esta técnica ayuda a que los niños tomen mayor confianza en sí mismos y se enfrenten con la frustración. Un ejemplo es pedir al niño que simule saber cómo se amarran los zapatos, quizás el niño no sepa todos los pasos, sin embargo, tiene algunas nociones. El terapeuta debe reforzar lo que el niño muestre para que gane mayor seguridad en sí mismo (Theiss, E., 2004). De esta forma, el niño integra nuevos significados en su relación con el mundo y sí mismo y gana confianza en sus capacidades.

### 3) Promover la capacidad de iniciativa.

a) Cuentos: esta técnica tiene como ventaja el ser bastante cercana al contexto de los niños, en general, por lo que podrían tener menos resistencia, además, permite que el niño o niña se identifique con los personajes, con sus emociones y sentimientos, también reconozca la empatía y la toma de perspectiva. El terapeuta escoge alguna historia que esté acorde al tema que quiera tratar y se trabaja con ese cuento en la sesión (Sepúlveda, et. al., 1998). En este caso habría que escoger alguna historia en la cual el personaje principal desarrolle alguna actividad que antes le costaba, con el objetivo que el cliente se identifique con el personaje o que observe que existen diferentes alternativas de actuar. Un buen ejemplo es el cuento “El dibujo parlante” de Sacristán (s.f.a), que trata sobre un niño llamado Pintín al que le costaba dibujar y no ponía esfuerzo en hacerlo mejor, hasta que un día un dibujo parlante le ayudó y Pintín ganó confianza en sí mismo y se dio cuenta que sólo debe intentar y practicar para hacer las cosas bien. Además se le puede preguntar al paciente qué es lo que habría hecho él en lugar del personaje, y de esta forma poder observar que existen diferentes alternativas de acción y, así, ir construyendo nuevas formas de significar la realidad. Esta es una técnica verbal.



b) Juego guiado: esta técnica consiste en un juego con temática de libre elección del niño, donde el terapeuta puede intervenir dando visiones alternativas de acción con el objetivo de flexibilizar esquemas. En el caso de los niños en etapa preoperacional las sugerencias deben ser a nivel preconceptual (Sepúlveda, et. al., 1998). Para el cumplimiento del objetivo el terapeuta debe alentar al niño a probar alternativas de acción que estimulen la capacidad de iniciativa. Por ejemplo, si el niño eligiera jugar al colegio y recreara una situación donde está aislado de sus compañeros, el terapeuta puede sugerir que el niño invite a jugar a uno de los compañeros que él quiera o que se coma un pastel mágico que lo protegerá de cualquier peligro, como que le caiga una pelota en la cara, y así el niño podrá jugar sin miedo. De esta forma, por el juego simbólico, el niño puede ensayar diferentes roles, integrar nuevas alternativas de acción y de esta manera sumar nuevas formas de significar la realidad y fortalecer su sí mismo. Es una técnica por la acción.

#### 4) Reconocer, diferenciar y expresar emociones, específicamente la ansiedad

a) Reconocimiento de emociones a través de imágenes: esta es una técnica por imágenes, consiste en que el terapeuta le muestra al niño o niña imágenes de un niño expresando diferentes emociones y le pide que las identifique guiando el diálogo hacia el reconocimiento, diferenciación y expresión de sus propias emociones. La conversación se puede fomentar con preguntas que apunten a reconocer algunas experiencias en que sintió una emoción específica, qué hizo el niño en ese momento, cómo reaccionaron los demás, que distinga dos o más emociones parecidas, entre otras preguntas, con el objetivo que el niño entienda y exprese lo que siente y pueda identificar en qué momentos emerge la ansiedad y qué es lo que hace cuando esto ocurre, con la finalidad de que el paciente se haga consciente de estos sentimientos y pueda ir construyendo una manera de expresarlos de forma más adaptativa.

b) Completación de oraciones: esta es una técnica verbal y consiste en un juego en el cual el niño y el terapeuta se van turnando para completar frases. El terapeuta debe tener un rol activo y responder de forma tal que se inicie una conversación de temas relevantes para el niño (Sepúlveda, et. al., 1998). Si el niño no sabe leer las oraciones no se escriben, sólo se dicen. Para cumplir con este objetivo las oraciones a completar pueden tener que ver con las emociones y sentimientos del niño o niña, de las diferentes situaciones en las que se manifiestan, en la frecuencia e intensidad en la que se

presentan, qué hacen ellos mismos cuando esto ocurre, como demuestran las diferentes emociones, etc. y profundizar en la ansiedad, con el objetivo de hacer consciente el sentimiento y que el niño o niña pueda identificar en qué situaciones es cuando se presenta con mayor grado la ansiedad, para, luego, trabajar en el control de esta emoción que se expresa de manera desadaptativa.

5) Informar al colegio, especialmente al profesor jefe del estado del niño y establecer estrategias de acción en conjunto con el colegio para ayudar al niño en el tratamiento.

Se debe informar al profesor jefe y al colegio con el objetivo de realizar un trabajo en equipo coordinado con esta institución, que ayude y potencie el proceso psicoterapéutico del niño, ya que la falta de información puede tener consecuencias negativas en el ámbito escolar.

También es importante que el profesor esté enterado de los avances del niño y lo estimule a seguir avanzando. Además, se deben coordinar estrategias de acción para saber qué se debe hacer en el caso de que el niño presente la sintomatología ansiosa o alguna crisis de angustia en el colegio, para que las intervenciones realizadas en el establecimiento sean congruentes con los objetivos del proceso terapéutico.

## **2.- Fase acción o integración del sí mismo.**

En esta fase se proponen los siguientes objetivos: 6) Desarrollar una visión menos amenazadora y más objetiva de la realidad, 7) Estimular la exploración del entorno, 8) Desarrollar estrategias de enfrentamiento de miedos, 9) Manejar la ansiedad, 10) Resignificar la experiencia ansiógena, 11) Estimular una toma de perspectiva social, 12) Estimular un estilo de socialización que fomente la independencia y la autonomía, 13) Desarrollar y fortalecer vínculos afectivos externos a la familia, 14) Reforzar el afrontamiento de situaciones temidas, 15) Fomentar un apego seguro de los padres con el niño o niña y 16) Reinsertar al paciente al establecimiento (cuando sea el caso). Estos objetivos se proponen en esta etapa porque aquí, como explica Sepúlveda (2013), se favorece la experiencia en la realidad misma, confrontando algunas hipótesis que se han construido en la primera fase de la psicoterapia, por ejemplo, como el paciente cuenta con más herramientas de sí mismo que adquirió en la primera etapa (seguridad en sí mismo, capacidad de iniciativa) puede explorar más su entorno, integrarse a actividades de

esparcimiento con sus pares. Además puede confrontar, gracias a los elementos que ha ganado anteriormente, su visión de realidad e ir agregándole elementos protectores, además de tener conciencia de habilidades personales para hacer frente a algunos temores. Todo esto con el objetivo que el paciente vaya construyendo nuevos significados, emociones, cogniciones y sensaciones en la acción misma. Además, este trabajo se debe llevar también al ámbito familiar, ya que la relación que tienen los padres con el paciente es uno de los factores que hace que el trastorno se mantenga.

#### 6) Desarrollar una visión menos amenazadora y más objetiva de la realidad.

a) Juego guiado: como se revisó anteriormente esta es una técnica por la acción (Sepúlveda, et. al., 1998). Para el cumplimiento del objetivo planteado, el terapeuta puede sugerir alternativas de acción. Además puede confrontar la visión amenazante del niño o niña haciéndole preguntas con el objetivo que el paciente flexibilice su visión e integre elementos protectores aprovechando el juego simbólico y la función de liquidación. Por ejemplo, si el paciente escoge una situación en la casa, cuando él está durmiendo en la noche y se despierta por el miedo de que hay un fantasma en su habitación. En este caso el terapeuta puede sugerir al niño que puede utilizar, por ejemplo, su pelota mata fantasmas, la que al tirarla hace que el fantasma se pegue y se desmaye. Esto ayuda al niño a integrar más herramientas para enfrentar sus temores por lo que progresivamente su visión de realidad va siendo menos amenazadora.

b) Dibujo: esta es una técnica por imágenes (Sepúlveda, et. al., 1998). Para el cumplimiento del objetivo se le puede pedir al niño que dibuje su problema, luego, el terapeuta y el niño conversan sobre esta temática y sobre algunos elementos que podrían hacer de la situación menos amenazante, para finalmente integrarlos al dibujo, y de esta manera ir flexibilizando la visión de mundo amenazante que tiene el paciente e integrar elementos protectores. Por ejemplo, el paciente puede dibujar una situación en que un auto atropella a su madre y ésta muere. En este caso el terapeuta puede preguntar al niño qué elementos podrían hacer que a su mamá no la atropelle el auto o hacer que no muera. Si al niño le cuesta pensar en una solución, el terapeuta puede sugerir alguna alternativa como que la madre utilice un chaleco resistente a los golpes, o que su madre come todos los días cereales que la hacen de hierro inmune a los golpes. Y finalmente integrar estos elementos protectores al dibujo.

## 7) Estimular la exploración del entorno.

a) Imaginería: como se explicó anteriormente la imaginería es una técnica por imágenes (Sepúlveda, et. al., 1998). Este método se puede utilizar para diversos objetivos, en este caso para estimular la exploración del entorno. El terapeuta (luego de explicar al niño lo que se hará y realizar una pequeña relajación) comienza a contarle una historia, le pide que se fije bien en los colores del paisaje, en los olores, en las sensaciones que le provoca esta experiencia y le expone alguna situación en la que el niño no haya tenido el valor de alejarse un poco de su espacio seguro y lo induce a que mediante la imaginación que explore más allá, poniendo énfasis en la seguridad y comodidad de la situación, por lo que se va relacionando todas las sensaciones agradables y positivas a la exploración del entorno, de manera de ir integrando estos nuevos elementos más confortables a situaciones que normalmente rehúye y de esta manera integrar nueva información a esquemas existentes. Además se pueden crear acciones que el niño lleve a cabo en su contexto y que tengan sentido para él.

b) Cuento: como se revisó antes esta es una técnica verbal (Sepúlveda, et. al., 1998). Para cumplir con el objetivo se debe elegir un cuento en el cual el personaje principal tenga problemas en explorar su ambiente, sin embargo, finalmente lo logra y esto conlleva sensaciones y resultados positivos. La finalidad de esta técnica es que el niño pueda identificarse con el personaje principal y por lo tanto incorporar nuevas posibilidades de acción, y de esta manera flexibilizar su visión de mundo amenazante para lograr que el paciente quiera explorar más el entorno en el cual se desarrolla. Un ejemplo de cuento es "Fiorina y Pionina, las hadas tímidas" de Sacristán (s.f.b). Este cuento trata sobre dos hermanas hadas que no querían salir de su flor por miedo a que los demás las vieran feas. Hasta que un día Pionina se decidió a salir y descubrió que las otras hadas la encontraron linda y ella pasó un rato muy agradable con ellos, sin embargo, su hermana nunca salió de su flor y siguió lamentándose de su mala fortuna. También pueden planificarse acciones que el paciente realice en su contexto.

## 8) Desarrollar estrategias de afrontamiento de miedos.

a) Bandeja de arena: esta técnica consiste en la recreación de un cuadro tridimensional con objetos de juguete dentro de una bandeja con arena en su fondo (Hernández, A., 2012). Se puede utilizar para recrear escenas que representen un conflicto para el niño o

niña y mediante la participación activa del terapeuta; ir proponiendo soluciones alternativas e incorporando elementos protectores, utilizando un lenguaje preconceptual con el propósito de resolver estos conflictos con el fin de que el niño integre soluciones alternativas al problema y de esta forma flexibilizar sus respuestas a estímulos temidos. Por ejemplo, si el niño tiene miedo porque cree que en la noche lo visita un fantasma, se puede sugerir que construya un escudo protector y de esta manera puede dormir tranquilo. Esta técnica es ideal para los niños pequeños ya que utiliza un elemento cotidiano como es el juego en un ambiente diferente, además, la función liquidadora del juego simbólico cataliza el cumplimiento de este objetivo. Esta es una técnica por la acción.

b) Sustitución de imágenes negativas por positivas: esta es una técnica por imágenes y consiste en ayudar al niño a identificar situaciones en las que él se sienta cómodo, relajado y feliz y se le pide que utilice esas imágenes en situaciones difíciles para él. Para esto se puede apoyar con imaginación y/o relajación. A las situaciones felices se pueden asociar formas, colores y otras sensaciones. Además, se puede pedir al cliente que dibuje la sustitución que realizó. Esta es una forma de enfrentamiento de situaciones difíciles (Sepúlveda, et. al., 1998). Esta técnica es muy útil en niños en etapa preoperatoria, ya que, prima un pensamiento intuitivo y fantasioso, lo que ayuda a que el niño sienta que los elementos positivos que creó lo protegerán en este tipo de situaciones, y de esta manera flexibiliza sus posibilidades de acción.

c) Malos sueños: Esta es una técnica verbal, la cual consiste en que el terapeuta le pide al niño o niña que cuente la pesadilla que lo acongoja. Luego le explica que cada uno tiene el poder mental sobre sus propios sueños y le pide que le cuente cómo le gustaría que terminara su sueño, luego el niño dibuja el nuevo final y el terapeuta le pide que cierre sus ojos y que le cuente nuevamente el mal sueño y, cuando llega a la parte que le causa temor, el terapeuta le dice al cliente que cambie ese final por el nuevo con un control remoto. Este proceso se repite 3 veces y el niño se lleva los dibujos del nuevo final para ponerlos bajo su almohada con el objetivo de darle seguridad y recordarle la estrategia para afrontar sus pesadillas. Esta es una técnica derivada de la programación neurolingüística de Grinder y Bandler (1982, 1985, citados en Agre, L., 2004a). Esta técnica es muy útil en niños de esta edad dado el pensamiento mágico que ayuda a que el juego con el control remoto sea más real para ellos. Además, se podría utilizar bastante

con niños con trastorno de ansiedad por separación, ya que usualmente tienen muchas pesadillas referentes a las temáticas de separación de sus figuras de apego y de las consecuencias negativas que esta separación conlleva, por lo que, la utilización de este método podría ayudar a otorgarles otra forma de enfrentar estos miedos y de sentirse seguros porque tienen este “control remoto” que les ayuda a cambiar los finales malos y, por lo tanto, los empodera e integra factores personales que ayudan a vencer los miedos. La intervención debe tomar en cuenta las características del lenguaje y del pensamiento de los niños en esta etapa.

#### 9) Favorecer el control de la ansiedad.

a) Relajación progresiva de Jacobson: La relajación es una técnica por imágenes. Esta técnica consiste en guiar al cliente hacia la relajación a través de la tensión y distensión de los músculos. Para utilizarla con niños del estadio preoperatorio es importante que no sea muy extensa, ir relajando de a poco los grupos musculares y acompañar la tensión y laxitud con alguna imagen cercana al niño, por ejemplo: se le pide al cliente que se imagine que en su mano tiene una pelota de goma y que debe apretarla tan fuerte como le sea posible para luego soltarla. Esto facilita la concentración y el buen término de la actividad para los niños. Es importante que la relajación se practique en la casa con ayuda de sus padres al principio. Si es un poco difícil este proceso, se puede grabar, con ayuda del terapeuta, una relajación en un audio para que luego el niño pueda hacer este proceso en su hogar o en cualquier lugar que él considere necesario con el fin de calmar la ansiedad. Este proceso a medida que se practica se va automatizando, lo que hace más fácil el control de la ansiedad (Apuntes diplomado, 2012). Esta técnica sirve para potenciar los recursos personales que tiene el niño para controlar la ansiedad.

b) Cuento (Sepúlveda, et. al., 1998): como se revisó anteriormente, esta es una técnica verbal. Para el cumplimiento del objetivo, el terapeuta puede elegir un cuento relacionado con la temática de la ansiedad, en la que el protagonista encuentre una forma de hacerle frente a este problema con el propósito de que el niño se identifique con el personaje principal y observe que se puede enfrentar la ansiedad y que hay diferentes formas de lograrlo y potenciar la búsqueda de acciones personales para enfrentar la ansiedad. Un ejemplo de cuento puede ser “El miedo es blandito y suave” de Sacristán (s.f.c). Este cuento trata de una niña llamada Marina que le tenía miedo a la oscuridad, pero un día

una tía le dio un consejo para superar su miedo, le dijo que cerrara sus ojos y abriera los ojos de las manos, por lo tanto que tocara lo que le provocaba miedo. Marina esa noche se despertó y con valor se levantó de su cama con los ojos cerrados y tocó el objeto que le daba miedo. Al otro día les contó a sus padres que su miedo era blandito y suave porque era su osito de peluche. De esta manera se integra nueva información a esquemas anteriores y se flexibilizan.

#### 10) Resignificar la experiencia ansiógena.

a) Bandeja de arena: esta técnica es muy útil para resignificar los conflictos que presenta el paciente, con la ayuda activa del terapeuta el niño puede representar escenas conflictivas para luego afrontarlas de manera más adaptativa, integrando elementos protectores y habilidades personales para construir nuevos significados de su experiencia con la ansiedad. Esta es una técnica por la acción (Hernández, A., 2012). Esta técnica puede ser muy eficaz dada la función liquidadora del juego simbólico característico de este etapa del desarrollo. Por ejemplo, se puede recrear una situación en la cual el niño sienta ansiedad y preguntarle cómo puede afrontar este hecho. Como se ha trabajado en el reconocimiento de sí mismo y se han desarrollado algunas habilidades el niño podría dar alguna respuesta e integrar este nuevo elemento, sin embargo, si no es capaz aun, el terapeuta puede sugerir alguna habilidad del niño para hacer frente a esta situación, lo que estimula una percepción de dominio o control.

b) Collage: esta es una técnica por imágenes, es muy utilizada en el arte terapia. Consiste en plasmar una idea en una hoja utilizando diferentes materiales como recortes de revistas, de periódicos, lápices de diferentes tipos y colores, papeles de distintas texturas y colores, brillos, lentejuelas, entre otros. Es muy útil para concretizar las ideas y darle sentido a la experiencia (Apuntes diplomado, 2012). Para el cumplimiento de este objetivo se le puede pedir al niño que haga un collage que exprese su ansiedad inicial y cómo la ha estado combatiendo o qué recursos ha utilizado para afrontar las situaciones difíciles a las que se ha enfrentado, enfatizando en los avances respecto a este tema y reforzando los logros y de esta forma estimular una toma de conciencia del trabajo realizado. Esta técnica debe utilizarse una vez que el paciente haya identificado completamente sus sentimientos de ansiedad y haya trabajado en esta temática. Esta intervención posibilitaría que el paciente incorpore sus logros con respecto a su control de la ansiedad

integrando nuevos significados a su experiencia y de esta forma fortalecer también la integración de sí mismo.

#### 11) Estimular una toma de perspectiva social

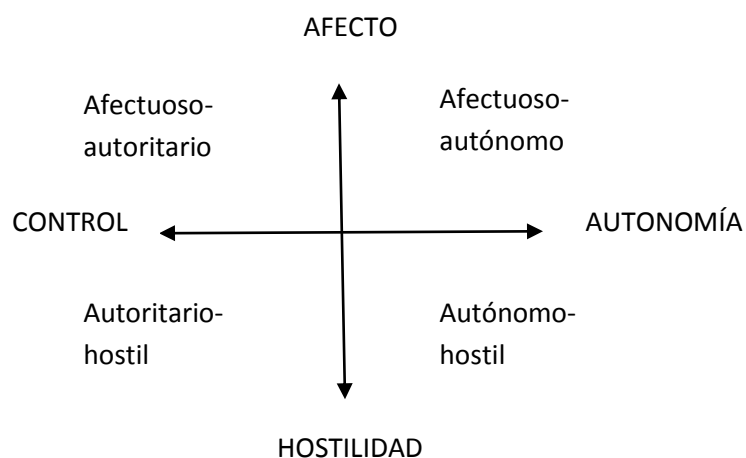
a) Cuentos: como se explicó anteriormente, esta técnica es verbal y uno de sus objetivos centrales es la toma de perspectiva social, ya que, el niño o niña puede identificarse con diferentes personajes, sus emociones y sentimientos, y observar los hechos desde diferentes puntos de vista (Sepúlveda, et. al., 1998). Un cuento que se puede tener en cuenta es “El dragón nube” de Sacristán (s.f.d). Este cuento trata sobre cómo la mirada diferente de un niño cambia la manera en que todo el pueblo veía al dragón. En esta historia se ejemplifica que todas las personas tienen visiones distintas de la realidad y que todas pueden ser válidas.

b) Títeres: esta es una técnica por la acción, consistente en la recreación de una situación a través de los títeres (Sepúlveda, et. al., 1998). Para el cumplimiento de este objetivo se le pide al niño que cree una historia con los títeres. El niño puede utilizar más de un personaje por lo que debe ponerse en diferentes perspectivas. El terapeuta puede hacer comentarios acerca de las diferentes formas de ver el problema según los personajes y recalcar cómo se pueden coordinar para encontrar una solución.



12) Estimular un estilo de socialización que fomente la independencia y la autonomía.

Esto se puede lograr con psicoeducación, primero parental y luego familiar. Para este trabajo es importante que en primer lugar los padres sepan qué estilo de socialización tienen para reconocer cuáles son las debilidades y poder mejorar. Para esto se recomienda trabajar con el eje de socialización parental propuesto por Sepúlveda, G. (s/f, en Apuntes diplomado, 2012):



Utilizando este gráfico los padres pueden visualizar cuál es el estilo de socialización que tienen con sus hijos, así como también les permite observar más claramente las diferencias existentes entre ambos. El psicólogo ayuda a que se produzca esta visualización, incorporando algunos elementos de Psicoeducación. Comenta que es recomendable que ambos padres se pongan de acuerdo en la forma de criar a su hijo (a), así como las consecuencias negativas que puede generar la desautorización entre ellos frente a sus hijos. Además, les explica la importancia de encontrar un equilibrio entre los diferentes estilos, los que deben ser acordes a las necesidades de cada familia. En el caso particular de los niños con trastorno de ansiedad por separación se debe estimular un método de socialización que tienda a la autonomía, ya que en estas familias existe una tendencia a la sobreprotección, dependencia y la falta de autonomía personal del niño. Específicamente, es recomendable que los padres estimulen al niño a realizar tareas por sí mismo, dependiendo de las capacidades que tenga cada niño, por ejemplo ducharse sólo, ordenar su pieza, que maneje su calendario de pruebas, entre otros. Además, se le pide a los padres que no cuestionen los temores de sus hijos y que los ayuden dándoles

el suficiente espacio para que los niños puedan enfrentar sus miedos, pero sabiendo que los padres estarán disponibles por si ocurre algo. Es importante recordar que para que se cumplan los objetivos familiares es necesario que ambos padres o el que presente psicopatología debe estar en psicoterapia.

#### 13) Desarrollar y fortalecer vínculos afectivos externos a la familia.

Este objetivo se debe trabajar en conjunto con los padres, para que sean ellos quienes encuentren espacios en los que su hijo o hija pueda relacionarse con otras personas, estimularlos y reforzarlos en el cumplimiento de este propósito.

#### 14) Reforzar el afrontamiento de situaciones temidas.

Este objetivo se puede lograr con una psicoeducación parental, explicando a los padres que deben gratificar a sus hijos cuando tengan algún logro. De esta manera el niño se sentirá apoyado y contenido por sus padres lo que le dará mayor seguridad y confianza para seguir enfrentando situaciones difíciles. Es importante que los padres no castiguen a sus hijos ni los ridiculicen por sus miedos, además tampoco deben alejarlos de las situaciones temidas, ya que esto no elimina el miedo. Los padres deben encontrar un equilibrio entre dejar al niño enfrentarse a sus miedos de forma autónoma y estar presentes para que el niño se sienta respaldado y aumente la confianza en sí mismo.

#### 15) Fomentar un apego seguro de los padres con el niño o niña.

Este objetivo se puede lograr realizando psicoeducación parental acerca de las características del vínculo actual y las consecuencias que acarrea el mantenimiento de éste, por lo que se debe estimular un cambio enfocado en la salud mental del paciente, específicamente, se pueden hacer recomendaciones en la línea de darle una mayor autonomía al niño para realizar actividades personales, como por ejemplo, ordenar su mochila para el colegio o vestirse solo, de una forma progresiva, con ayuda de los padres al principio y luego independiente. Además, los padres pueden propiciar espacios en los que el niño pueda explorar su entorno, al principio acompañado y luego dejarlo solo, sabiendo que los padres están disponibles por si se enfrenta a algún peligro. En general las actividades que se recomiendan para el logro de este objetivo se deben realizar en forma progresiva, ya que el niño está acostumbrado a un vínculo inseguro con sus

padres, por lo que hay que cambiar este estilo vincular de forma gradual para que los cambios puedan producirse y prolongarse en el tiempo.

#### 16) Reinsertar al paciente en el establecimiento (cuando sea el caso).

Este objetivo es muy importante para que el niño pueda seguir desarrollándose normalmente, sin embargo, es importante que esté preparado para volver al colegio, tenga mayor claridad de lo que le ocurre y haya desarrollado algunas estrategias de afrontamiento.

### **3.- Fase diálogo o integración con otros**

En esta fase se proponen los siguientes objetivos: 17) Desarrollar una identidad personal integrando tanto elementos de sí mismo como de los otros, 18) Fomentar una integración placentera con el grupo curso y 19) Promover la autonomía moral. Se han incluido estos objetivos en la 3ª etapa porque lo principal en esta fase, como comenta Sepúlveda (2013), es que el niño logre tener una visión de sí mismo integrada y diferenciada, que sea capaz de proyectarse hacia el futuro integrando a los otros y todos los elementos de su identidad. Además, se trabaja para lograr un mayor desarrollo moral, enfocándose en la autonomía, solidaridad y responsabilidad. La autora también comenta que para lograr estos objetivos a cabalidad se necesita que los pacientes hayan desarrollado un mayor nivel de abstracción, por lo que se logra con niños mayores.

#### 17) Desarrollar una identidad personal integrando tanto elementos de sí mismo como de los otros

a) Títeres: esta es una técnica por la acción. Como explica Delgado, C. (2012) esta técnica sirve para que el niño pueda incorporar tanto aspectos positivos como negativos de sí mismo y de los otros. Para el cumplimiento de este objetivo, el terapeuta podría pedirle al niño que juegue con los títeres sugiriendo alguna temática cotidiana para él y le pregunta al niño qué personaje quiere que represente. En el juego el terapeuta puede comentar algunos hechos poniendo énfasis en las características del personaje del niño y mostrando una visión externa de cómo lo perciben los demás personajes, además puede incluir algún personaje o material que crea puede evocar contenidos significativos. De

esta forma el niño o niña puede incluir nuevos elementos de sí mismo desde una perspectiva diferente a la propia.

b) Mapas de la vida: esta es una técnica por imágenes. Consiste en que el terapeuta y el niño conversan sobre los eventos importantes de la vida del niño y luego se le entrega al niño una hoja con 4 círculos y el terapeuta le pide que en cada uno dibuje un suceso importante, luego se le pide al niño que explique un poco sus dibujos y se escribe una historia debajo de cada círculo, si el niño no sabe escribir, el terapeuta lo hace para luego retomar cada dibujo (Short, G., 2004). El terapeuta habla sobre la importancia que tienen los demás en nuestras vidas y se van reconociendo diferentes características del niño en cada una de las situaciones. Esto sirve para que el infante observe en sus dibujos cómo es él, lo que posibilita la integración.

#### 18) Fomentar una integración placentera con el grupo curso.

Habiendo trabajado en los demás objetivos, el niño tendrá herramientas suficientes para enfrentar situaciones complicadas, sin embargo, para ayudarlo más en este proceso se le puede sugerir a los padres y al niño que se integre en alguna actividad extra programática donde pueda compartir con pares en un contexto diferente al académico.

#### 19) Promover la autonomía moral.

a) Juego directivo: esta es una técnica por la acción y se trata de utilizar el juego para trabajar una temática específica, por lo que el terapeuta es quien propone el tema y los materiales a utilizar (Sepúlveda, et. al., 1998). Para el cumplimiento del objetivo el terapeuta debe proponer una temática cotidiana del niño en que se le presente algún dilema, como por ejemplo, si la mamá no sabe que tiene tarea ¿debe hacerla? Se le pide que utilice un personaje y se represente a sí mismo y desarrolle la historia en conjunto con el terapeuta, y éste último puede ir introduciendo perspectivas diferentes a las del niño con el objetivo de potenciar la autonomía moral.

b) Historias metafóricas, creación de historias específicas para cada niño: esta es una técnica verbal, consiste en que el terapeuta invente una historia con un tema paralelo al que está viviendo el paciente, debe tener en cuenta las características del niño o niña, sus recursos, sus debilidades, etc. con el fin de lograr una identificación con la historia por

parte del niño (Sepúlveda, et. al., 1998). Para cumplir con el objetivo el terapeuta debe elegir algún suceso en que el niño haya tenido un dilema y resolverlo con una solución que tienda hacia la autonomía moral, enfatizando en los recursos personales que se han ido trabajando en la terapia. Por ejemplo, se puede preguntar al niño que haría si un compañero le presta una goma, pasan varios días y se le pierde la goma. Luego el dueño de la goma, confundido, increpa a otro compañero a que le devuelva la goma que le prestó. ¿Le dice que a él se le perdió y no al otro compañero?, ¿se queda callado porque nadie sabe que fue a él que se le perdió?, ¿otra opción?. Luego de que el niño responde se conversa sobre el tema y el terapeuta da líneas de un comportamiento que tienda hacia la autonomía moral.

### **Sesiones de seguimiento.**

Es importante tener algunas sesiones de seguimiento, porque como se revisó anteriormente, las psicoterapias que integran este elemento tienen mejores resultados a largo plazo (Santacruz, et. al., 2002). En estas sesiones se pueden comentar algunas situaciones a las que se ha tenido que enfrentar el niño para saber qué estrategias está utilizando, si tiene algunas dificultades y reforzar los logros, además se debe poner énfasis en que una caída no significa que todo esté perdido, la psicoterapia es un proceso de aprendizaje y a veces se producen retrocesos, pero lo importante es seguir esforzándose para conseguir el equilibrio psíquico y por ende un desarrollo sano.

## CONCLUSIÓN FINAL

En esta propuesta de lineamientos de psicoterapia es importante tener en consideración que los objetivos propuestos han sido creados en base a las necesidades y déficits que presentan en general los pacientes que son diagnosticados con el trastorno de ansiedad por separación. Se revisó anteriormente que algunas de las características más relevantes de este diagnóstico es que las personas que lo sufren han construido una visión de realidad amenazante, tienen baja capacidad de iniciativa, por lo tanto presentan déficit en la seguridad en sí mismos, tienen un bajo control emocional y una expresión emocional exacerbada y sobre todo una patrón relacional de dependencia con las figuras de apego. De estas características se desprenden los objetivos de la psicoterapia, para lograr que el paciente pueda tener un buen desarrollo psicológico y alcanzar los movimientos evolutivos propuestos por Sepúlveda y Capella (2012). Pero no basta con proponer objetivos terapéuticos y técnicas para ayudar a lograr estas metas, también es necesario comprender el proceso de construcción de significado que se está desarrollando durante el proceso de psicoterapia. El terapeuta siempre debe estar consciente del modelo teórico que hay detrás de lo práctico, y por lo tanto, enfocar el trabajo en la co-construcción en conjunto con el paciente de nuevos significados que le ayuden a lograr una organización equilibrada del sí mismo, que es la meta central de las terapias constructivistas evolutivas (Sepúlveda, 2012).

Por otro lado, es de vital importancia el trabajo en paralelo con los padres o figuras de apego del paciente, ya que este trastorno se caracteriza por la falta de autonomía que el niño ha generado en esta relación. Los padres, además de participar activamente en la psicoterapia del niño deben también hacer lo suyo en psicoterapia individual, ya que el patrón vincular que han formado se ha generado por diferentes razones como presencia de psicopatología actual o en la niñez, por lo que es importante trabajar estos aspectos para que el sistema familiar logre construir significados más adaptativos que les permitan generar un ambiente de confianza y autonomía en sus miembros.

Por otro lado, en el presente trabajo se revisaron diferentes temáticas con el objetivo de proponer algunos lineamientos de psicoterapia desde el enfoque constructivista evolutivo para tratar a los niños y niñas entre 4 y 11 años aproximadamente, que sean diagnosticados con trastorno de ansiedad de separación, ya que, luego de una búsqueda

exhaustiva sólo se encontraron investigaciones de psicoterapias para este trastorno desde el enfoque cognitivo-conductual; sin embargo, ¿por qué proponer estos lineamientos cuando existen modelos de psicoterapia que han sido catalogados como “probablemente eficaz” desde el enfoque cognitivo-conductual?. Al reflexionar sobre este tema es de mucha importancia revisar la epistemología en la que se basa el cognitivismo y la diferencia que existe con el constructivismo. La epistemología cognitivista es objetiva, es decir, se refiere a que la realidad se puede conocer objetivamente y es compartida por todos, lo que conlleva múltiples consecuencias en la forma de hacer terapia. El terapeuta cognitivo se centra en cómo el sujeto procesa la información y en los errores que tiene a la hora de acercarse a esta realidad objetiva, por lo que su meta es corregir las formas erróneas del paciente de observar la realidad y lograr que pueda tener un acercamiento a la experiencia de manera normal y objetiva, como explican Beck, Rush, Shaq y Emery (1983, p. 13) *“La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente.”* El paciente por su parte, es activo en este proceso de psicoterapia, sin embargo, está limitado en su desarrollo por lo que el terapeuta concibe como correcto u objetivo, por lo tanto existe una carencia en este tipo de terapias al no respetar y aceptar al paciente como ser único y diferente, que tiene distintas formas de significar la realidad y por lo tanto de desarrollarse y generar conocimiento.

Por otro lado, la epistemología constructivista plantea que es imposible acceder a la realidad de una manera única y objetiva, ya que el acceso a la realidad es subjetivo y va a depender de la forma que tiene cada persona de significar su realidad. En esta epistemología las interpretaciones de cada uno son válidas y reflejan una manera única de ver el mundo, que se va construyendo en la interacción con la realidad. Desde esta perspectiva el terapeuta tiene un rol mucho más activo y respetuoso del mundo interno de cada paciente. Su forma de trabajo se basa en la convicción de que cada persona es única y por lo tanto, cada proceso psicoterapéutico debe ser adaptado dependiendo de las necesidades, intereses, conflictos, cultura, etc. de ese ser humano. Desde este enfoque el papel que juega el paciente es proactivo, ya que, él es quien construye su realidad, por lo tanto tiene el poder de cambiar esa construcción, el paciente tiene la posibilidad de crear y de transformar. En la terapia se realiza una co-construcción en

conjunto con el terapeuta hacia la integración de nuevos significados más adaptativos para el paciente, con el objetivo de que este último integre nuevos conocimientos a su experiencia y tienda hacia la construcción de una identidad autónoma y solidaria integrando elementos más complejos a su narrativa personal.

Además, en la psicoterapia infantil constructivista evolutiva existen varios elementos que permiten que estos tratamientos estén en sintonía con cada paciente. Uno de ellos es que desde este enfoque se tiene en cuenta el nivel de desarrollo de cada persona, por lo que las intervenciones deben ser pensadas considerando el factor evolutivo, lo que hace que sean mucho más eficaces. Otro elemento significativo es la importancia que tiene la narrativa en la construcción de identidad. La narrativa es una acción simbólica, que además de representar la realidad, la construye y le da significado a la experiencia, por lo que a través de este elemento, se pueden construir re-significaciones más adaptativas que cambien la relación del paciente con el mundo, lo que potencia una mayor integración de sí mismo.

Específicamente, como los lineamientos psicoterapéuticos sugeridos en esta memoria están pensados desde el enfoque constructivista evolutivo, parten de la base por supuesto, de la consideración de la etapa evolutiva en la que están funcionando la mayoría de los niños que son diagnosticados con trastorno de ansiedad de separación, pues ellos muestran una construcción de realidad basada en representaciones mentales preoperatorias, que implican un pensamiento pre-lógico o mágico. Esta característica de los lineamientos es fundamental para que la psicoterapia pueda ser efectiva, porque las intervenciones que se proponen están pensadas desde el pensamiento pre lógico. Una de las características más importantes de la etapa preoperatoria es la función simbólica descrita por Piaget (2012). Los lineamientos propuestos están estrechamente ligados con esta función, por ejemplo, los juegos planteados están pensados para que los pacientes utilicen la función compensatoria y liquidadora. Esto se logra a través de la posibilidad que se le da a los pacientes en el espacio psicoterapéutico de ensayar los diferentes roles de la realidad, de ensayar acciones que ellos no pueden llevar a cabo en su contexto por temor u otras razones, integrar elementos protectores tanto del ambiente como de sí mismo, de expresar su visión de mundo, para que de esta forma vayan construyendo nuevos significados de su relación con la realidad, sobre todo en cuanto a su visión de mundo amenazante. Esto se logra en la terapia por las intervenciones que sugiere el



terapeuta en el juego del niño, con el objetivo de que, a través de la asimilación del juego, el paciente integre nuevos elementos a su identidad. A medida que avanza el proceso psicoterapéutico y los niños integran estos nuevos elementos a su sí mismo, comienzan a ser agentes activos de cambio, al sentir que tienen control sobre la situación ansiógena.

Asimismo, los lineamientos propuestos, al estar pensados desde el enfoque constructivista evolutivo, tienen en sus raíces la importancia de la narrativa en el proceso de cambio. Los niños que son diagnosticados con trastorno de ansiedad por separación tienen una visión de mundo amenazante y creen que no tienen recursos para enfrentar sus temores. La teoría narrativa explica que, en estos casos, la narrativa del paciente no está siendo adaptativa, por lo que se requiere cambiar los significados que tiene de su relación con la realidad, a través de una co-construcción en conjunto con el terapeuta, para lograr un discurso personal más coherente, complejo e integrador. En los lineamientos propuestos esta idea es central, ya que las intervenciones están pensadas para que los niños puedan tomar conciencia de sus acciones e ir construyendo nuevos significados. Esto se logra a través de las diferentes actividades planteadas que potencian la utilización de la función simbólica y la narrativa en el proceso de cambio. Por ejemplo, si en un juego guiado el niño representa una situación que le genera temor: en la noche un niño está durmiendo en su cama y lo acosa un fantasma, el terapeuta puede sugerir que el niño prenda su espada protectora de fantasmas y con eso se irán, porque los fantasmas le tienen temor a la luz de esa espada. Esta intervención se plantea desde el pensamiento pre lógico y mágico, por lo que a los niños les hace sentido, pues son concordantes con sus propias representaciones mentales preoperatorias. De esta forma el niño siente que tiene control sobre la situación y sobre sí mismo, porque a través de la función simbólica, el niño revive la situación conflictiva y al integrar progresivamente los nuevos elementos sugeridos por el terapeuta, cambia su experiencia simbólicamente, disminuyendo sentimientos de angustia y temor provocados inicialmente. De esta forma, el niño integra estos nuevos significados de su relación con el mundo y va construyendo un discurso diferente, donde toma conciencia de su actuar en la realidad e integra en su narración las resignificaciones que construye, lo que, finalmente, cambia su narrativa personal anterior por un discurso más integrado, complejo, abarcador, adaptativo, y que tiende hacia una identidad mucho más autónoma. Esta nueva narrativa da cuenta del cambio personal en el sí mismo, ya que contar la historia personal de forma diferente

implica que los significados atribuidos a sus vidas cambiaron, y por ende su construcción de realidad.

Finalmente, la meta fundamental de las terapias constructivistas evolutivas es el logro de una mayor integración del sí mismo para alcanzar una identidad autónoma y solidaria, lo que implica una visión de persona mucho más inclusiva, ya que, no se trabaja sólo con el desarrollo personal de cada ser humano, sino también, con el desarrollo social y, por ende, se promueve una responsabilidad moral y social del ambiente. La persona, al ser capaz de cambiar su realidad, también tiene la responsabilidad de mejorar su contexto, de existir en conjunto con otros que son fundamentales para su desarrollo.

En conclusión, el enfoque constructivista tiene varias ventajas por sobre el enfoque cognitivo. Al venir ambos modelos de epistemologías totalmente diferentes existen visiones completamente distintas de los roles que deben cumplir tanto el paciente como el terapeuta. Desde el constructivismo la terapia para cada persona es única, cada intervención que se realice debe ser pensada con anterioridad teniendo en cuenta el desarrollo psicológico del paciente, los objetivos que se pretenden lograr, la cultura en que se encuentra inserto, la forma que tiene de significar y construir la realidad, etc., con el propósito de que las intervenciones sean efectivas.

La presente memoria pretende ser un aporte para aumentar el conocimiento práctico de la psicoterapia desde el enfoque constructivista evolutivo, además de generar conocimientos específicos en el área de la psicoterapia infantil y los trastornos ansiosos, ya que, como se revisó antes, existe un déficit en este campo.

Esta memoria tuvo como objetivos conocer el estado del arte de las psicoterapias del trastorno de ansiedad por separación y saber los principales elementos de la psicoterapia constructivista evolutiva para proponer lineamientos de psicoterapia desde este enfoque para el tratamiento de dicho trastorno. Ambos objetivos, derivados de las preguntas de investigación pudieron ser cumplidos. Sin embargo, como se mencionó anteriormente, habiendo revisado la bibliografía especializada, sólo se encontraron modelos de psicoterapia desde la línea cognitiva, por lo que se sugiere seguir investigando sobre la psicoterapia constructivista que presenta múltiples ventajas. Por otro lado, sólo se propusieron lineamientos de psicoterapia, por lo que, en investigaciones futuras se podría profundizar sobre este trastorno u otros y proponer un modelo más concreto de

psicoterapia, siempre teniendo en cuenta las características específicas y distintivas de este enfoque de la psicología y también probar la eficacia de los lineamientos que han sido propuestos.

Algunas limitaciones de esta investigación fue que no se encontraron estudios de psicoterapia de otros enfoques que no sea el cognitivo-conductual, y de este enfoque no se encontraron estudios de psicoterapia específica del trastorno de ansiedad por separación. Además, gran parte de la información relevante no se encontraba disponible en las bibliotecas públicas, por lo que no se pudo incluir en el presente estudio.

Dentro de las implicancias en la práctica clínica se puede encontrar el uso como material de guía en las psicoterapias que traten el trastorno de ansiedad por separación infantil, además de aumentar las posibilidades de psicoterapias.

## BIBLIOGRAFÍA

Agre, L. (2004a). Malos sueños. En Kaduson, H. & Schaefer, Ch. (Eds.). *101 Favorite play therapy techniques*. Oxford, Estados Unidos: Jason Aronson Book.

Agre, L. (2004b). Dama: Reglas o sin reglas. En Kaduson, H. & Schaefer, Ch. (Eds.). *101 Favorite play therapy techniques*. Oxford, Estados Unidos: Jason Aronson Book.

American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4<sup>a</sup> ed, texto rev. Barcelona, España: Masson.

Apuntes Diplomado de Postítulo en Psicoterapia Evolutiva con Niños y Adolescentes desde la Perspectiva Constructivista (2012), Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Psicología.

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclée de Brower.

Bowlby, J. (1993). El vínculo que une al niño con su madre: conducta de apego. *El vínculo afectivo*. Barcelona, España: Paidós.

Bralic, S., Seguel, X., y Montenegro, H. (1984). *Prevalencia de trastornos psíquicos en la población escolar de Santiago*. Santiago, Chile: CEDEP UNICEF.

Caballo, V. y Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8, 173-215. Obtenido el día 4 de Abril de 2013, desde <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/2000/art01.2.08.pdf>

Capella, C. (2011). *Hacia narrativas de superación: El desafío para la psicoterapia con adolescentes de integrar la experiencia de agresión sexual a la identidad personal*. Tesis para optar al grado de Doctora en Psicología, Universidad de Chile. Obtenido el 11 de Diciembre de 2013, desde <http://www.tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/112610/cs39ccs992.pdf?sequence=1>

De la Barra, F., Toledo, V., y Rodríguez, J. (2003). Estudio de salud mental en dos cohortes de niños escolares de Santiago Occidente III: Predictores tempranos de problemas conductuales y cognitivos. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 41, 65-76.

Obtenido el 20 de Noviembre de 2013, desde [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000100002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000100002&script=sci_arttext).

De la Harpe, M. (2005). *Desarrollo de la organización del sí mismo desde una perspectiva constructivista evolutiva en niños y adolescentes de ocho a veinte años*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto – Juvenil. Universidad de Chile.

De las Heras, J. (2000). Trastorno de ansiedad por separación y absentismo escolar. *Revista Complutense de Educación*, 11, 57-69. Obtenido el día 14 de Mayo de 2013, desde <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=150293>.

Echeberrúa, E. (1996). *Trastorno de ansiedad en la infancia*. Madrid, España: Pirámide.

Esparza, N. y Rodríguez, M.C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas. Perspectivas en psicología*, 5, 47-64. Obtenido el día 12 de Abril de 2013, desde <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67916259005>.

Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y Psicoterapia*. Sevilla, España: Desclée de Brouwer.

Gonçalves, O. (2002). *Psicoterapia cognitiva narrativa: Manual de terapia breve*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer. Obtenido el 11 de diciembre de 2013, desde <http://es.scribd.com/doc/189648552/Psicoterapia-Cognitiva-Narrativa-Manual-de-Terapia-Breve>

González, N. (2011). *Psicopatología evolutiva desde la perspectiva constructivista piagetana en adolescentes de 14 y 15 años*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto – Juvenil. Universidad de Chile.

Hernández, A. (2012). La bandeja de arena. En Sepúlveda, G., Alcaíno, C. y García, G. (Eds.). *Psicoterapia evolutiva constructivista en niños y adolescentes, métodos y técnicas terapéuticas. Juegos, imágenes, diálogos*. Obtenido el 20 de Junio de 2013, desde

[http://www.psicoinjuv.uchile.cl/docs/publicaciones/varios\\_psicoterapia\\_evolutiva\\_constructivista\\_ninos\\_adolescentes.pdf](http://www.psicoinjuv.uchile.cl/docs/publicaciones/varios_psicoterapia_evolutiva_constructivista_ninos_adolescentes.pdf)

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1997). *Metodología de la investigación*. Colombia: McGraw-Hill.

Ivey A. (1990). *Developmental Therapy*. San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass Publishers.

Kaduson, H. (2004). Juego de palabras sobre sentimientos. En Kaduson, H. & Schaefer, Ch. (Eds.). *101 Favorite play therapy techniques*. Oxford, Estados Unidos: Jason Aronson Book.

Kegan R.(1982). *The evolving self, problem and process in human development*. EEUU: Harvard University Press.

Lecannelier, F., Hoffmann, M., Flores, F. y Ascanio, L. (2008). Problemas, proyecciones y desafíos en la salud mental infantil: la necesidad de reformular el rol profesional. *Horiz Enferm*, 19, 1-19. Obtenido el día 1 de Abril de 2013, desde <http://www.unesco.org.uy/educacion/fileadmin/templates/educacion/archivos/Articulo%20Lecannelier.pdf>

Macurán, G. (2003). *Efectividad de la psicoterapia cognitivo constructivista evolutiva en el desarrollo de la organización del sí mismo en niños*. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología, mención Psicología Clínica Infanto – Juvenil. Universidad de Chile.

Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva: una guía práctica*. Barcelona, España: Paidós.

Mardomingo, MJ., (2001). Características clínicas de los trastornos de ansiedad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 3, 61-71. Obtenido el día 12 de Abril de 2013, desde <http://www.pap.es/files/1116-159-pdf/163.pdf>.

Neimeyer, R. & Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona, España: Paidós.

Novelo, G. (2008). La Psicoterapia Integrativa Multidimensional en el Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad. *Psicología Iberoamericana*, 16, 44-51. Obtenido el día 12 de Abril de 2013, desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133915922007>.

Oaklander, V. (1996). *Ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes*. Santiago, Chile: Cuatro Vientos.

Olivares, J., Rosa, A., Piqueras, J., Sánchez-Meca, J., Méndez, X. y García-López, L. (2002). Timidez y fobia social en niños y adolescentes: un campo emergente. *Psicología Conductual*, 10, 523-542. Obtenido el día 4 de Abril de 2013, desde [http://www4.ujaen.es/~ljgarcia/investig\\_archivos/timidez%26FS.pdf](http://www4.ujaen.es/~ljgarcia/investig_archivos/timidez%26FS.pdf).

Organización mundial de la salud. (2005). *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. CIE-10*. Madrid, España: Médica panamericana.

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. Obtenido el día 4 de Abril de 2013, desde <http://digitum.um.es/jspui/bitstream/10201/8011/1/La%20terapia%20cognitivo->.

Orgilés, M., Espada, J. y Méndez, X. (2008). Trastorno de ansiedad por separación en hijos de padres divorciados. *Psicothema*, 20, 383-388. Obtenido el día 12 de Abril de 2013, desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72720307>.

Orgilés, M., Espada, J., García-Fernández, J.M. y Méndez, X. (2009). Relación entre miedos escolares y síntomas de ansiedad por separación infantil. *Revista Mexicana de Psicología*, 26, 17-25. Obtenido el día 12 de Abril de 2013, desde <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016317002>.

Piaget, J. (1991). *Seis Estudios de Psicología*. Barcelona, España: Ariel.

Piaget, J. (1998). *La equilibración de las estructuras cognitivas, problema central del desarrollo*. Madrid, España: Siglo XXI..

Piaget, J. (2012). *La formación del símbolo en el niño*. México: Fondo de cultura económica.

Ronen, T. (1997). Terapia individual con niños: Adaptando el tratamiento, las técnicas y métodos. *En Cognitive developmental therapy with children*. Traducción personal Ps. Nury González.

Ronen, T. (2003). *Cognitive-constructivist Psychotherapy with children and adolescents*. Apuntes de Biblioteca, Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales. Santiago, Chile.

Rosen, H. (1985). *Piagetian dimensions of clinical relevance*. New York: Columbia University Press.

Sacristán, P. (s.f.a). *El dibujo parlante*. Obtenido el 16 de Abril de 2014, desde <http://cuentosparadormir.com/infantiles/cuento/el-dibujo-parlante>.

Sacristán, P. (s.f.d). *El dragón nube*. Obtenido el 16 de Abril de 2014, desde <http://cuentosparadormir.com/infantiles/cuento/el-dragon-nube>.

Sacristán, P. (s.f.c). *El miedo es blandito y suave*. Obtenido el 16 de Abril de 2014, desde <http://cuentosparadormir.com/infantiles/cuento/el-miedo-es-blandito-y-suave>.

Sacristán, P. (s.f.b) *Fiorina y Pionina, las hadas tímidas*. Obtenido el 16 de Abril de 2014, desde <http://cuentosparadormir.com/infantiles/cuento/fiorina-y-pionina-las-hadas-timidias>.

Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A., Sánchez-Meca, J., Méndez, X. y Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia social: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología Conductual*, 10, 503-521. Obtenido el día 24 de Abril de 2013, desde <http://www.um.es/metaanalysis/pdf/7069.pdf>.

Sepúlveda, G. (2008). Perspectiva constructivista evolutiva en psicología clínica infantojuvenil. En Kaulino A. y Stecher A. (eds). *Cartografía de la psicología contemporánea*. Santiago, Chile: Lom Ediciones

Sepúlveda, G. (2012). Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes: Enfoque cognitivo constructivista. En Almonte C., Montt M. E. y Correa A. (Eds). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago, Chile: Mediterráneo.



Sepúlveda, G. (2013). *Psicoterapia evolutiva con niños y adolescentes*. Santiago, Chile: Mediterráneo.

Sepúlveda, G. y Capella, C. (2012). Desarrollo psicológico del escolar y sus trastornos: Lo evolutivo y lo psicopatológico en la edad escolar. En Almonte C., Montt M. y Correa A. *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Santiago, Chile: Mediterráneo.

Sepúlveda, G. y Dunner, P. (1998). *Psicoterapia cognitiva evolutiva con niños y adolescentes. Capítulo VII: Estrategias terapéuticas, métodos y técnicas*. Universidad de Chile, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales. Santiago, Chile.

Short, G. (2004). Mapas de la vida. En Kaduson, H. & Schaefer, Ch. (Eds.). *101 Favorite play therapy techniques*. Oxford, Estados Unidos: Jason Aronson Book.

Sinclair, T. (2004). La torta de personalidad. En Kaduson, H. & Schaefer, Ch. (Eds.). *101 Favorite play therapy techniques*. Oxford, Estados Unidos: Jason Aronson Book.

Suárez, E. (2012). Historietas: Uso de historietas en psicoterapia constructiva. En Sepúlveda, G., Alcaíno, C. y García, G. (Eds.). *Psicoterapia evolutiva constructivista en niños y adolescentes, métodos y técnicas terapéuticas. Juegos, imágenes, diálogos*. Obtenido el 20 de Junio de 2013, desde [http://www.psicoinjuv.uchile.cl/docs/publicaciones/varios\\_psicoterapia\\_evolutiva\\_constructivista\\_ninos\\_adolescentes.pdf](http://www.psicoinjuv.uchile.cl/docs/publicaciones/varios_psicoterapia_evolutiva_constructivista_ninos_adolescentes.pdf)

Theiss, E. (2004). Simulando saber cómo. En Kaduson, H. & Schaefer, Ch. (Eds.). *101 Favorite play therapy techniques*. Oxford, Estados Unidos: Jason Aronson Book.

Vicente, B., Saldivia, S., Rioseco, P., De la Barra, F., Valdivia, M., Melipillan, R., Zúñiga, M., Escobar, B. y Pihan, R. (2010). Epidemiología de trastornos mentales infanto-juveniles en la Provincia de Cautín. *Revista médica Chile*, 138, 965-973. Obtenido el 1 de Abril de 2013, desde [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872010000800004](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000800004)

Villanueva, C., Sanz, L.J. (2009). Ansiedad de separación: delimitación conceptual, manifestaciones clínicas y estrategias de intervención. *Revista Pediatría Atención*

*Primaria*, 11, 457- 469. Obtenido el día 12 de Abril de 2013, desde [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000400008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1139-76322009000400008&script=sci_arttext).

## ANEXOS

Tabla nº1

### Tratamiento cognitivo-conductual para los diferentes trastornos de ansiedad

Trastorno de ansiedad	Técnicas utilizadas
Fobia específica	Exposición, modelado del terapeuta y reestructuración cognitiva.
Fobia social	Estrategias de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y reestructuración cognitiva.
Trastorno de pánico	Reentrenamiento en respiración, relajación aplicada, inervación vagal, reestructuración cognitiva, exposición interoceptiva y exposición en vivo.
Trastorno obsesivo compulsivo	Exposición con prevención de respuesta.
Trastorno por estrés post traumático	Reestructuración cognitiva, relajación, entrenamiento en solución de problemas (añadiendo manejo de la ira), inundación o exposición prolongada, desensibilización sistemática y exposición en vivo.
Trastorno de ansiedad generalizada	Relajación combinada con entrenamiento es estrategias de afrontamiento de la ansiedad y solución de problemas interpersonales. Combinación de la exposición con reestructuración cognitiva.

(Caballo, Vicente y Mateos, 2000)

**Tabla nº2**

**Tratamiento para los trastornos de ansiedad infantil**

**“El gato que se las arregla”**

<p><b>OBJETIVOS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer los sentimientos de ansiedad y las reacciones somáticas</li> <li>• Detectar los pensamientos del niño en las situaciones que le provocan ansiedad</li> <li>• Desarrollar un plan de afrontamiento de la ansiedad</li> <li>• Evaluar su propia actuación y autorreforzarse cuando sea adecuado.</li> </ul>
<p><b>ESTRATEGIAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelado.</li> <li>• Exposición en vivo.</li> <li>• Role-playing.</li> <li>• Relajación.</li> <li>• Autoinstrucciones.</li> <li>• Refuerzo contingente.</li> </ul>
<p><b>APLICACIÓN</b></p>	<p>Individual</p>
	<p><i>Bloque 1º : sesiones de entrenamiento</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sesión 1:</i> Toma de contacto entre el terapeuta y el niño, y obtención de información sobre las situaciones que le provocan ansiedad.</li> <li>• <i>Sesión 2:</i> Identificación de los distintos tipos de sentimientos.</li> <li>• <i>Sesión 3:</i> Construcción de una jerarquía de las situaciones que generan ansiedad en el niño para diferenciar su reacción de ansiedad de otro tipo de reacciones e identificarse sus propias reacciones somáticas.</li> <li>• <i>Sesión 4:</i> Entrenamiento en relajación mediante una grabación auditiva que se utilizara fuera de las sesiones, y colaboración de uno de los padres para revisar los objetivos del tratamiento e</li> </ul>

<p><b>CONTENIDO</b></p> <p><b>DE</b></p> <p><b>LAS</b></p> <p><b>SESIONES</b></p>	<p>intercambiar información sobre la ansiedad del niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sesión 5:</i> Reconocimiento por parte del niño de las autoverbalizaciones en situaciones elicitadoras de ansiedad.</li> <li>• <i>Sesión 6:</i> Desarrollo de estrategias de afrontamiento a la ansiedad.</li> <li>• <i>Sesión 7:</i> Ejercicios de autoevaluación y autorrefuerzo.</li> <li>• <i>Sesión 8:</i> Revisión de los conceptos y habilidades aprendidas en las sesiones anteriores.</li> </ul> <p><i>Bloque 2º: sesiones de práctica de las habilidades aprendidas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sesión 9:</i> Práctica de las habilidades aprendidas en situaciones que no le provocan ansiedad y posteriormente exposición a situaciones que le eliciten ansiedad leve, primero de forma imaginal y después en vivo. Para ello, se utilizan técnicas de modelado y de <i>role playing</i>.</li> <li>• <i>Sesiones 10 a 13:</i> Exposición del niño a situaciones reales e imaginativas que le provocan ansiedad elevada, apoyándose en el <i>role-playing</i> y en la administración de refuerzo.</li> <li>• <i>Sesiones 14 y 15:</i> Práctica de las habilidades de afrontamiento en situaciones que provocan mucha ansiedad. Elaboración de un trabajo en el que se explique a otros niños como afrontar la ansiedad.</li> <li>• <i>Sesión 16:</i> Revisión de las estrategias aprendidas e invitación para practicar las habilidades de afrontamiento en la vida diaria.</li> </ul>
---	--

(Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés, 2003, p. 5)

### Tabla nº3

#### Fases del entrenamiento en autoinstrucciones

a) Preguntas sobre la naturaleza de la tarea: “¿qué es lo que tengo que hacer?”
b) Respuestas a esta pregunta en la forma de ensayo cognitivo y de planificación.
c) Autoinstrucciones en forma de autoguía: “voy a ir dónde están esos chicos y les voy a preguntar si puedo jugar con ellos”
d) Una vez ejecutada la conducta, verbalizaciones de autorrefuerzo (“lo he hecho mejor que otras veces”) y, en su caso, de autocorrección (“tengo que decirlo la próxima vez en un tono más alto”)

(Echeberrúa, 1996, p.118)

**Tabla nº 5**

**Criterios diagnósticos de Trastorno de ansiedad de separación en la infancia según CIE-10**

A. Deben estar presentes al menos tres de los siguientes:
1. Preocupación injustificada y persistente por los posibles daños que pudieran acaecer a personas significativas, temor a su pérdida (p. ej., miedo a que no vuelvan o a no verlas de nuevo) o miedo a la muerte de las mismas.
2. Preocupación injustificada y persistente a que un acontecimiento fatal le separe de una persona significativa (p.ej., perderse, ser secuestrado, hospitalizado o asesinado).
3. Desagrado o rechazo persistentes a ir al colegio por temor a la separación (más que por otras razones, como temor a que algo pudiera ocurrir en el colegio).
4. Dificultad para separarse por la noche, manifestado por cualquiera de los siguientes: a) Desagrado o rechazo persistentes a irse a la cama sin la cercanía de una persona significativa. b) Levantarse frecuentemente durante la noche para comprobar o para dormir cerca de la persona significativa. c) Desagrado o rechazo persistentes a dormir fuera de casa.
5. Temor inadecuado y persistente a estar solo o sin la persona significativa en casa durante el día.
6. Pesadillas reiteradas sobre temas relacionados con la separación.
7. Síntomas somáticos reiterados (como náuseas, dolor abdominal, cefalea o vómitos) en situaciones que implican la separación de la persona significativa, tales como dejar la casa para ir al colegio u otras (vacaciones, campamentos, etc.)
8. Malestar excesivo y recurrente antes, durante e inmediatamente después de la separación de una figura significativa (manifestado por ansiedad, llanto, rabieta, rechazo persistente a salir de casa, necesidad excesiva de hablar con las figuras significativas o deseo de que vuelvan a casa, tristeza, apatía o aislamiento social).
B. No se cumplen los criterios para el trastorno de ansiedad generalizada de la

infancia.
C. Inicio antes de los seis años.
D. El trastorno no forma parte de un trastorno de las emociones, del comportamiento o de la personalidad, o de un trastorno generalizado del desarrollo, un trastorno psicótico o un trastorno por abuso de sustancias psicotropas.
E. La duración del trastorno es de al menos cuatro semanas.

(CIE-10, nº 42, p. 213-214)

### Tabla nº 6

#### **Criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad por separación según el DSM-IV**

A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:
1.- Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas
2.- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño
3.- Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante (p. ej., extraviarse o ser secuestrado)
4.- Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación
5.- Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares
6.- Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura



vinculada importante o a ir a dormir fuera de casa
7.- Pesadillas repetidas con temática de separación
8.- Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación
B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.
C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.
D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico(laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.
<i>Especificar si:</i>
<b>Inicio temprano:</b> si el inicio tiene lugar antes de los 6 años de edad.

(DSM-IV, p. 138-139)

**Tabla resumen de lineamientos de psicoterapia para el trastorno de ansiedad por separación**

<b>Fases de la terapia</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Tipo de objetivo</b>	<b>Estrategia</b>
<i>Fase narrativa o unidad del sí mismo.</i>	1) Favorecer el reconocimiento de sí mismo.	Foco individual Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dibujo de sí mismo</li> <li>• Marionetas de sí mismo.</li> </ul>
	2) Desarrollar seguridad en sí mismo.	Foco individual Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modelos de enfrentamiento.</li> <li>• Simulando saber cómo.</li> </ul>
	3) Promover la capacidad de iniciativa.	Foco individual Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuentos</li> <li>• Juego guiado</li> </ul>
	4) Reconocer, diferenciar y expresar emociones, específicamente la ansiedad.	Foco individual Área afectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento de emociones a través de imágenes.</li> <li>• Completación de oraciones.</li> </ul>
	5) Informar al profesor jefe del estado del niño y establecer estrategias de acción en conjunto con el colegio.	Foco escolar	

<i>Fase acción o integración del sí mismo.</i>	6) Desarrollar una visión menos amenazadora y más adaptativa de la realidad.	Foco individual Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juego guiado.</li> <li>• Dibujo.</li> </ul>
	7) Estimular la exploración del entorno.	Foco individual Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imaginería.</li> <li>• Cuento.</li> </ul>
	8) Desarrollar estrategias de enfrentamiento de miedos.	Foco individual Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja de arena.</li> <li>• Sustitución de imágenes negativas por positivas.</li> <li>• Malos sueños.</li> </ul>
	9) Favorecer el control de la ansiedad.	Foco individual Área afectiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relajación progresiva de Jacobson.</li> <li>• Cuento.</li> </ul>
	10) Resignificar la experiencia ansiógena.	Foco individual Área cognitiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bandeja de arena.</li> <li>• Collage.</li> </ul>
	11) Estimular una toma de perspectiva social.	Foco individual Área social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuentos.</li> <li>• Títeres.</li> </ul>
	12) Estimular un estilo de socialización que fomente la	Foco familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eje de socialización parental.</li> </ul>

	independencia y la autonomía.		
	13) Desarrollar y fortalecer vínculos afectivos externos a la familia.	Foco individual Área social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Padres trabajan con sus hijos, los estimulan y refuerzan en situaciones sociales complejas.</li> </ul>
	14) Reforzar el afrontamiento de situaciones temidas.	Foco familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación parental</li> </ul>
	15) Fomentar un apego seguro de los padres con el niño o niña.	Foco familiar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación parental</li> </ul>
	16) Reinsertar al paciente al establecimiento (cuando sea el caso)	Foco escolar	
<i>Fase diálogo o integración con otros.</i>	17) Desarrollar una identidad personal integrando tanto elementos de sí mismo como de los otros.	Foco individual Área identidad personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Títeres.</li> <li>• Mapas de la vida.</li> </ul>
	18) Fomentar una integración placentera con el grupo curso.	Foco escolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integración a actividades extra programáticas.</li> </ul>
	19) Promover la	Foco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juego directivo.</li> </ul>

	autonomía moral.	individual Área moral	<ul style="list-style-type: none"><li>• Historias metafóricas.</li></ul>
--	------------------	--------------------------	--