

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



Ansiedad en los niños y niñas en edad escolar
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Elda Herófila Palacios Cordón

Guatemala, febrero 2014

Ansiedad en los niños y niñas en edad escolar
(Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida)

Elda Herófila Palacios Cordón (estudiante)
M.A. Rebeca Ramírez de Chajón (asesora)

Guatemala, febrero 2014

Autoridades de la Universidad Panamericana

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus
Rector

Dra. Alba Aracely Rodríguez de González
Vicerrectora Académica

M.A. César Augusto Custodio Cobar
Vicerrector Administrativo

EMBA Adolfo Noguera Bosque
Secretario General

Autoridades de la Facultad de Ciencias Psicológicas

Licda. Elizabeth Herrera de Tan
Decana

M Sc. Mario Alfredo Salazar Marroquín
Coordinador Campus El Naranjo

UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría

PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA


FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ASUNTO: Elda Herófila Palacios Cordón
Estudiante de la **Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social** de esta Facultad solicita autorización para realizar su **Práctica Profesional Dirigida** para completar requisitos de graduación

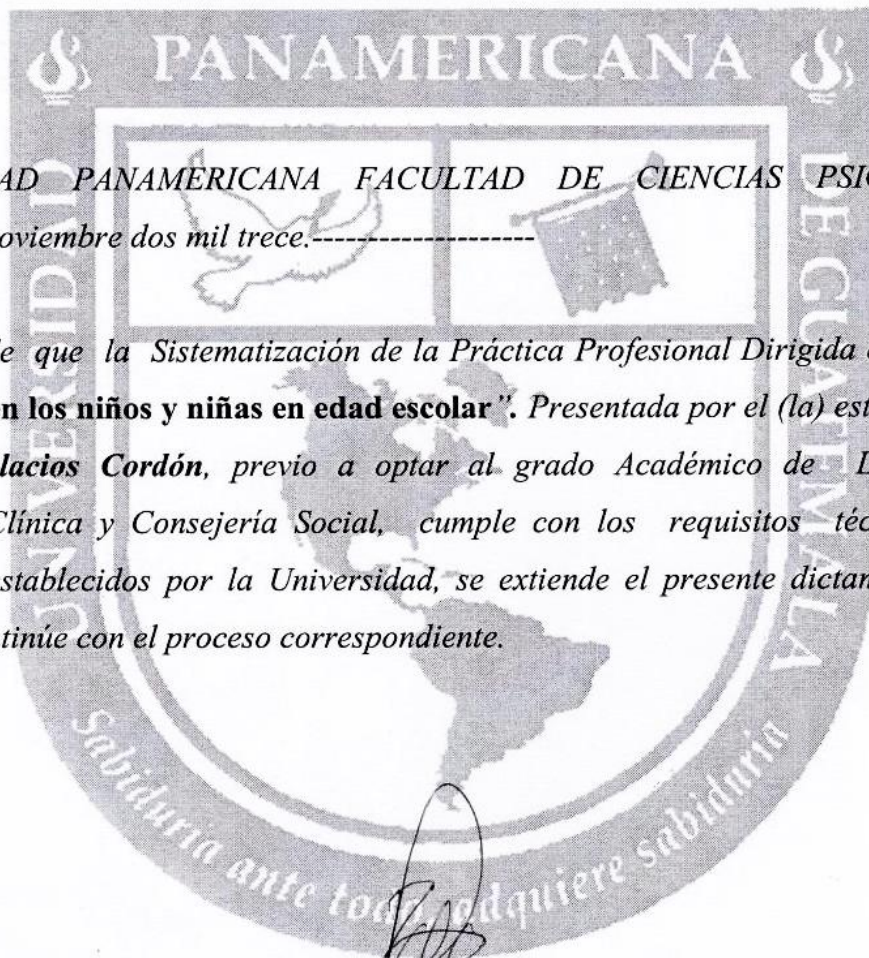
DICTAMEN: Guatemala noviembre dos mil trece

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta Decanatura para cumplir requisitos de egreso que es requerido para obtener el grado a nivel de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social se resuelve:

1. La solicitud hecha para realizar **Práctica Profesional Dirigida** está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para egreso, según el reglamento académico de esta universidad.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el reglamento académico de la Universidad Panamericana en Artículo 9, (Inciso a al i).
3. Por lo antes expuesto, el (la) estudiante: **Elda Herófila Palacios Cordón** recibe la aprobación para realizar su Práctica Profesional Dirigida.


Licda. Elizabeth Herrera
Decano

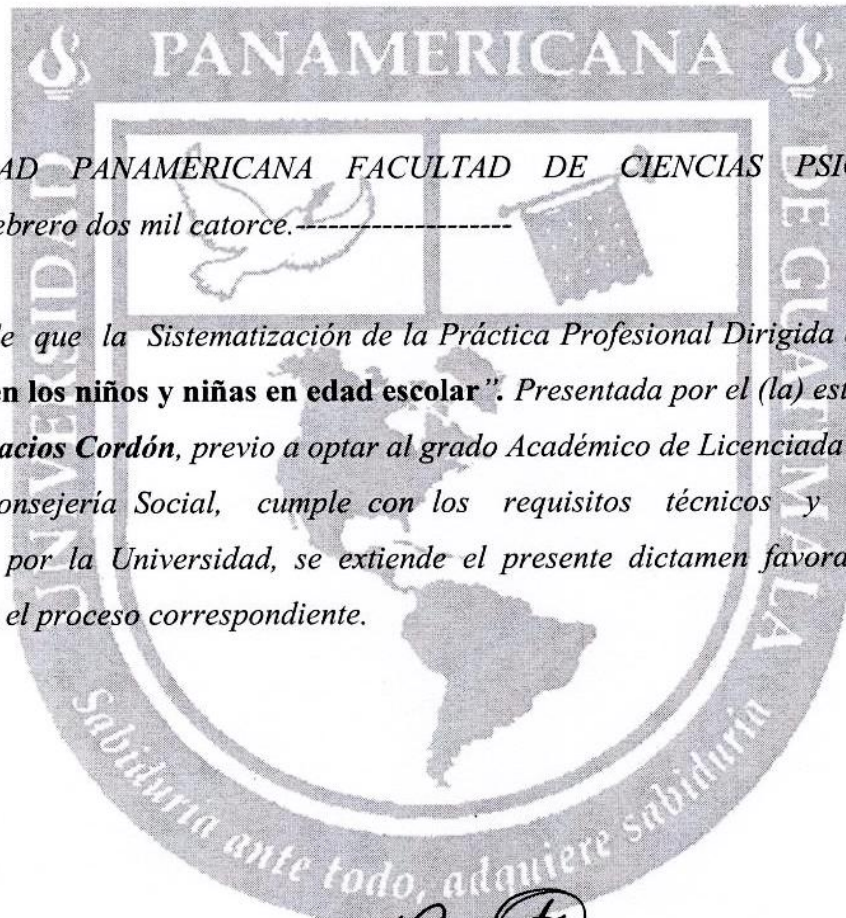




UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala noviembre dos mil trece.-----

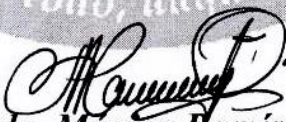
En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
“**Ansiedad en los niños y niñas en edad escolar**”. Presentada por el (la) estudiante: **Elda Herófila Palacios Cordón**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que continúe con el proceso correspondiente.

[Handwritten Signature]
M. A. Rebeca Ramírez de Chajón
Asesor



*UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS,
Guatemala febrero dos mil catorce.*

*En virtud de que la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema:
"Ansiedad en los niños y niñas en edad escolar". Presentada por el (la) estudiante: **Elda
Herófila Palacios Cordón**, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología
Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido
establecidos por la Universidad, se extiende el presente dictamen favorable para que
continúe con el proceso correspondiente.*


Licda. Mónica Ramírez
Revisora

UNIVERSIDAD PANAMERICANA FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, Guatemala febrero dos mil catorce.-----

*En virtud de que el Informe Final de la Sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema "Ansiedad en los niños y niñas en edad escolar". Presentada por el (la) estudiante: **Elda Herófila Palacios Cordón**, previo a optar grado académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, reúne los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a)-Tutor (a) y Revisor, se autoriza la **impresión** del informe final de Práctica Profesional Dirigida.*

Licda. Elizabeth Herrera
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas



Agradecimientos

A DIOS por darme la vida y la fortaleza de seguir adelante y sobre todo por darme la oportunidad de culminar esta etapa tan importante de mi vida.

A Mi PADRE Manuel Eduardo Palacios (Q.E.P.D.) por haberme dado su amor y toda una plataforma de principios y valores que son los que me impulsan en mi vida adulta a creer en mí y perseguir mis sueños, por él soy lo que soy.

A Mi NOVIO Williams Barrios, por su amor e incondicional apoyo en todo el proceso de mi carrera profesional, que estuvo siempre para escucharme y alentarme a seguir adelante, inspirándome con su ejemplo.

A Mi MADRE Leticia Cordón, por su apoyo incondicional y sabios consejos.

A Mi HERMANO Daniel Palacios, por su cariño y apoyo incondicional.

A Mi AMIGA Gabriela Montufar, por creer en mí y apoyarme siempre que lo necesité.

A Mi MASCOTA Poncho, por estar siempre a mi lado, en mis desvelos y momentos de desesperación.

A Mis MAESTROS, que fueron una fuente importante de sabiduría y conocimientos en mi vida y me alentaron con su ejemplo a seguir adelante.

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	1
Marco de Referencia	1
1.1. Descripción de la Institución	1
1.2. Objetivos	1
1.3. Organización	2
1.4. Descripción de la población atendida	3
1.5. Planteamiento del Problema	4
1.6. Objetivos	5
Capítulo 2	6
Referente teórico	6
2.1. Ansiedad en los niños y niñas en edad escolar	6
2.1.1. Significado del término Ansiedad y Antecedentes	6
2.1.2. Definición de ansiedad	7
2.2. Tipos de ansiedad en niños y niñas en edad escolar	7
2.2.1. Ansiedad por separación	8
2.2.2. Ansiedad generalizada	10
2.2.3. Fobias específicas	11
2.2.3.1. Fobia escolar	13
2.2.3.2. Fobia social	14
2.3. Síntomas de ansiedad en niños y niñas en edad escolar	15
2.4. Causas de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar	17
2.5. Efectos de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar	18
2.6. Principales procesos psicoterapéuticos de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar	19
Capítulo 3	22
Referente Metodológico	22

3.1. Metodología para la sistematización de práctica profesional dirigida	22
3.2. Técnicas metodológicas para el proceso de práctica profesional supervisada	22
3.3. Población atendida	23
3.4. Cronograma de actividades realizadas	24
3.4.1. Actividades normales de práctica	25
3.4.2. Talleres u otras actividades especiales	27
3.5. Programa del curso de práctica profesional dirigida (ver anexos)	27
Capítulo 4	28
Presentación de Resultados	28
4.1. Análisis de Resultados	28
4.2. Gráficas	29
4.3. Caso Clínico	30
4.4. Logros	40
4.5. Limitantes	40
Conclusiones	41
Recomendaciones	42
Referencias	43
Anexos	46

Resumen

En las siguientes páginas se presenta el trabajo realizado por la alumna de quinto año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social de la Universidad Panamericana, Sede El Naranjo, Elda Herófila Palacios Cordón, el cual se desarrolló durante los meses de febrero a octubre del año dos mil trece en la Clínica Periférica Primero de Julio ubicada en la 15 calle, entre 5ª. y 6ª. Avenida de la zona 5 de Mixco de la colonia Primero de Julio.

En el primer capítulo se realiza una descripción completa de la institución y los objetivos del presente informe. El trabajo de atención clínica se realizó con pacientes que visitaban la clínica, y que solicitaron servicio psicológico, por presentar problemas en una o más de las siguientes áreas: afectiva, conductual, cognitiva, relaciones interpersonales, percepción, quejas somáticas, entre otras.

El segundo capítulo presenta la base teórica del presente informe, todo lo relacionado con el tema de “Ansiedad en niños y niñas en edad escolar” tipos de ansiedad, síntomas, causas y abordajes psicoterapéuticos.

El tercer capítulo menciona la forma en que se realizó el proceso terapéutico con los pacientes. Los consultantes fueron atendidos con toda la ética y profesionalismo que se requiere. Se realizó con cada paciente un proceso psicodiagnóstico para evaluar el problema que presentaba, llegar a un diagnóstico y al mejor plan de tratamiento. Se inició con una entrevista clínica prolongada para llegar a establecer una serie de hipótesis, luego se seleccionó una batería de pruebas que mejor se adaptaba al problema, con el fin de corroborar o refutar dicha hipótesis.

En el cuarto capítulo se realizó la presentación de resultados, en donde se indica con gráficas los pacientes atendidos y se cuantifican las patologías encontradas. También se encuentra expuesto el caso clínico que fue el que provocó dicha investigación, se describen los logros y limitantes y se encuentran las recomendaciones, conclusiones y referencias bibliográficas. Por último se encuentran los anexos donde están las cartas y documentos que se utilizaron durante todo el proceso de práctica profesional dirigida.

Introducción

El proceso de Práctica Profesional Dirigida, es requisito para toda alumna(o) que cursa el último año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social en la Universidad Panamericana. Durante el período de práctica, se atendieron pacientes que presentaban distintas problemáticas y sintomatologías. A la mayoría de los consultantes se les brindó asistencia psicológica, necesaria para cada caso; sin embargo, se observó que en su mayoría, los pacientes eran niños(as) con problemas de Ansiedad, por tal razón se dedica esta investigación al tema de Ansiedad en niños y niñas en edad escolar.

La sociedad Guatemalteca está atravesando por una serie de fenómenos económicos, políticos, sociales, culturales en donde varias familias están siendo víctimas de violencia, muerte, explotación laboral, extorciones, abusos, provocando en éstas deterioro e inestabilidad, en consecuencia a dichos fenómenos las familias pasan procesos de desequilibrio en donde los niños son afectados de una forma directa y negativa pudiéndose observar en ellos síntomas de Ansiedad.

La ansiedad es una emoción normal que todas las personas experimentan, forma parte de mecanismos básicos de supervivencia y es una respuesta a situaciones del medio, que resultan sorprendidas, nuevas o amenazantes, sin embargo como toda función de un sistema del organismo, este mecanismo que normalmente ayuda a enfrentar ciertas situaciones puede verse alterado, resultando esto en una respuesta desadaptativa que ocasiona disfunción en la vida cotidiana. En los niños y niñas en edad escolar la respuesta desadaptativa conlleva a diferentes sintomatologías, como: deterioro escolar, introversión, fobias, baja autoestima entre otras.

Las circunstancias anteriormente descritas, en donde se puede observar el sufrimiento y deterioro en niños y niñas en sus actividades habituales, fueron las que motivaron la presente investigación.

Como medida preventiva se realizó un documento psicoeducativo para la Clínica Periférica Primero de Julio, el cual contiene información básica para la prevención e identificación de los síntomas de ansiedad en los niños y niñas en edad escolar, dicho documento pueden ser de utilidad a estudiantes de psicología, padres de familia, maestros y público en general.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1. Descripción de la Institución

La clínica Periférica de la Primero de Julio, se encuentra ubicada en la 15 calle, entre 5ª. y 6ª. Avenida de la zona 5 de Mixco de la colonia Primero de Julio, pertenece al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, específicamente a la Jefatura del Área de Salud Guatemala Sur. Fue fundada el 31 de agosto de 1,991, bajo la dirección de la doctora Nancy Pezzarossi de Calderón, quien a su vez fundó la Maternidad Cantonal el 15 de febrero de 1,994. La Clínica presta servicio a la comunidad con el propósito de prevenir y tratar enfermedades de tipo físico y psicológico, atendiendo en su mayoría a personas de escasos recursos económicos.

1.2 Objetivos

Objetivo General

Protección, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud para la población que atiende la Clínica Periférica Primero de Julio.

Objetivos Específicos

- Cumplir con las políticas gubernamentales de salud.
- Atender a la población asignada a la Clínica Periférica, y otras que se presenten no importando su origen.
- Mejorar el estado físico y psicológico de la población en general, con costos mínimos al servicio y consulta general.
- Proporcionar programas de prevención de salud comunitaria a la población, tanto multidisciplinario como interinstitucionalmente.

Dentro de la atención y servicio que presta la institución a la comunidad están los programas de: Ginecología Directa, Atención Odontológica, Rayos X, Laboratorio, Farmacia, Cirugía Menor, Medicina General, Pediatría, Emergencias las 24 horas, Maternidad las 24 horas, Trabajo Social, Servicios de Ambulancia, Departamento de Financiamiento Ambiental, Programa de Inmunización, Programa de Infecciones Agudas (Respiratorias), Tratamiento de Rehidratación Oral (T. R. O.), Desparasitaciones Intestinales Internas, Programa de RAVI Rabia Horizontal y Vertical, Programa de Vitaminación a nivel Escolar (Preprimaria a Básicos), Programa de Profilaxis Sexual, Programa de SIDA y del Cólera, Estimulación Temprana y Atención Psicológica.

1.3. Organización

La clínica Periférica Primero de Julio se encuentra organizada de la siguiente forma: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, del cual se desprenden: el Centro de Urgencias, Área de Salud Guatemala Sur y la Dirección de Salud No. 11 del cual depende la Clínica Periférica Primero de Julio y esta así mismo está organizada de la siguiente manera:

- Dirección de la Clínica Periférica
- Médicos, Medicina General, Especialidades: Ginecología, Pediatría y Maternidad
- Odontología
- Secretaria
- Administración
- Enfermera graduada: Comadronas, Adiestradas Profesionales
- Clínica de Psicología
- Trabajo Social
- Técnico de Salud Rural
- Inspectores de Saneamiento Ambiental
- Laboratorio: Químico Biólogo, Técnico de Laboratorio
- Rayos X

La estructura del edificio de la Clínica Periférica Primero de Julio, es sólida en sus paredes, techo de terraza, cuenta con los servicios de agua potable, energía eléctrica, teléfono, sanitarios para el personal y para la población que se atiende en la institución, también cuenta con suficiente iluminación natural.

El Edificio cuenta con las siguientes Áreas:

- a) Consulta Externa
- b) Emergencia
- c) Laboratorio
- d) Maternidad
- e) Oficinas
- f) Salones de usos múltiples
- g) Parqueo

Para el buen servicio y desempeño de labores se cuenta con el equipo y los materiales indispensables, si por alguna razón no se puede atender un caso que amerite atención mayor se recurre a otras instituciones a través de referencias como en el caso del Hospital Roosevelt.

Estructuralmente la práctica supervisada estuvo ubicada en el Departamento de Psicología con la supervisión de la licenciada Raquel Alarcón.

1.4. Descripción de la población atendida

Los vecinos de la colonia Primero de Julio y colonias aledañas se integran por grupos étnicos variados que han emigrado de distintas partes del país e incluso de personas extranjeras, las cuales conforman niveles variados de cultura. La población atendida en la Clínica Periférica Primero de Julio, osciló entre los 0 y los 68 años de edad, los que se subdividen en tres grupos según el servicio que solicitan:

- Niños de 0 a 13 años de edad: asisten por control de crecimiento, enfermedades relacionadas con más frecuencia con las vías respiratorias y otros que pertenecen a Programas de atención de escuelas de nivel primario.

- Jóvenes de 14 a 17 años de edad: solicitan ayuda o servicio médico y psicológico, quienes constituyen un buen número de pacientes, en su mayoría vienen de hogares de escasos recursos y algunos laboran en diversos lugares, enfrentándose a diversos problemas físicos y emocionales debido a las condiciones de vida que llevan.
- Adultos: personas con responsabilidades y pocas oportunidades para desenvolverse, no solo en el aspecto económico, sino el psicológico e intelectual, lo cual es un limitante bastante fuerte para una vida psicológicamente sana. Al buscar ayuda en esta institución se benefician porque la economía familiar no se ve afectada en gran manera, ya que los servicios se prestan a bajo costo, no solo a la población asignada, sino a toda persona que solicite el servicio sin importar su origen o procedencia.

1.5. Planteamiento del Problema

La sociedad guatemalteca está atravesando por una serie de fenómenos económicos, políticos, sociales, culturales en donde varias familias están siendo víctimas de violencia, muerte, explotación laboral, extorciones, abusos, provocando en éstas diversos factores negativos como desintegración familiar, abandono del padre, sobreprotección con sus hijos, negligencia, rechazo de parte del padre o de la madre, violencia familiar, inseguridad, falta de empleo y educación, problemas económicos, baja autoestima, creencias irracionales. En consecuencia a dichos fenómenos las familias pasan procesos de desequilibrio en donde los niños y las niñas son los afectados de una forma directa y negativa pudiéndose observar en ellos síntomas tales como: ansiedad excesiva, fobia escolar, miedo a enfermarse, inseguridad, introversión, náuseas, mareos, dolores abdominales cefaleas, problemas conductuales entre otros, de no ser tratados de una forma adecuada, posteriormente pueden padecer algún tipo de trastorno psicológico. No es de sorprenderse que en muchos hogares, instituciones educativas, centros de salud, consultorios psicológicos; los niños y las niñas presenten rasgos desadaptativos como actitudes agresivas, ideas suicidas, trastornos del sueño y apetito, bullying, abuso sexual, adicciones, ira reprimida, baja autoestima, timidez, angustia, hostilidad, sentimientos de culpa, asilamiento entre muchos otros. Pero estos síntomas que se presentan en los niños y las niñas son consecuencia de desequilibrios que ocurren en el hogar y malas formas de manejarlos, pues la familia al verse

afectada por alguna problemática no tienen ningún tipo de información ni herramientas de cómo ayudar e identificar si sus niños y niñas, están atravesando por algún tipo de ansiedad, y por lo tanto no hasta que se presenten sintomatologías que deterioran de forma gradual las actividades habituales en los niños y las niñas ponen atención, llevándolos a buscar ayuda de forma inmediata y desesperada a distintas instituciones en donde presten atención en salud mental y psicológica.

Por tal razón, se agudiza la necesidad de informar sobre los efectos que tienen la ansiedad en niños niñas en edad escolar, y formas de identificación a su sintomatología promoviendo la prevención hacia un trastorno adaptativo que desencadene consecuencias negativas.

Por lo anterior expuesto se genera la siguiente interrogante:

¿Cuál es el impacto, de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar?

1.6. Objetivos

Objetivo general

Investigar el impacto de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar.

Objetivos Específicos

1. Describir la ansiedad en niños y niñas en edad escolar.
2. Identificar los tipos de ansiedad en niños y niñas en edad escolar.
3. Enlistar los síntomas de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar.
4. Describir las causas de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar.
5. Enumerar cuales son los efectos de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar.
6. Detallar los principales procesos psicoterapéuticos de apoyo, a niños y niñas con ansiedad en edad escolar.
7. Estructurar un documento psicoeducativo con la temática investigada, como aporte al centro donde se realizó la práctica profesional supervisada.

Capítulo 2

Referente teórico

2.1. Ansiedad en los niños y niñas en edad escolar

La ansiedad, es un problema que afecta a la mayoría de niños y niñas, en edad escolar, su evolución natural sin tratamiento puede derivar en serias repercusiones negativas en el funcionamiento académico, social y familiar, interfiriendo de forma negativa en el desarrollo, la ansiedad en los escolares, es uno de los síntomas más comunes de la tensión emocional, es una importante pero desatendida área de investigación. Cada vez más escolares presentan problemas emocionales en la escuela (Doll y Lyon 1998). Estudios epidemiológicos indican que los desórdenes de ansiedad durante el desarrollo afectan aproximadamente al 9% de los niños (Berstein y Borchardt 1991).

2.1.1. Significado del término Ansiedad y Antecedentes

La palabra ansiedad deriva del termino latino *angere* (estrechar) que a su vez deriva del griego *anjo*. Hace referencia a un malestar físico intenso, que se expresa en forma de respiración anhelante. El sujeto siente que le falta el aire, que tiene una opresión en el pecho y que no puede respirar (Mardomingo, 2008)

La ansiedad forma parte del amplio capítulo de las emociones al que tanta atención ha prestado la filosofía occidental. Aristóteles creía que el corazón era la fuente de los nervios. Galeno diferencia las emociones de los pensamientos y en el siglo XX todavía se creía que el corazón era el órgano en el que se asentaba la emoción.

Los mecanismos de la ansiedad abarcan factores genéticos, temperamentales, neuroendocrinos, inmunológicos, y las circunstancias ambientales en las que transcurre la vida del niño y donde los miedos y temores se aprenden. El niño aprende a enfrentarse a la vida y a los retos ambientales y su forma de responder a la ansiedad.

2.1.2. Definición de ansiedad

Las ciencias del comportamiento, definen a la ansiedad como un estado psicofisiológico originado como respuesta a un estímulo interno o externo, o bien el conjunto de respuestas corporales y psicológicas a un estímulo potencialmente nocivo o dañino que genera una conducta: la conducta ansiosa.

A partir de la teoría psicodinámica la ansiedad, se conoce como una sensación de expectativa dolorosa ante un algo que se desconoce, pero cuya naturaleza se presiente; los mecanismos de defensa de los cuales dispone el sujeto para serle frente a la ansiedad suelen manejarse en forma sistemática y adecuada, al fin de lograr elaborar los influjos de ansiedad que, de otra manera, serían demasiado traumáticos.

Si una persona por alguna razón, utiliza inadecuadamente estos mecanismos o los eventos traumáticos son lo suficientemente importantes que no permitan su elaboración por medio de los mecanismos de defensa usuales, el sujeto se ve abocado en una neurosis.

2.2. Tipos de ansiedad en niños y niñas en edad escolar

Los miedos y temores en los niños y niñas en edad escolar, son propios según su etapa evolutiva, entre ellos pueden ser: acontecimientos misteriosos, daños corporales, adecuación, relación con iguales. Sin embargo, según su prevalencia estos miedos y temores pueden desencadenarse en trastornos de ansiedad.

Los miedos infantiles dejan de ser transitorios y se convierten en fobias cuando cumplen una serie de características:

- Son desproporcionados a la situación que desencadena la respuesta de miedo y/o están relacionados con estímulos que no son objetivamente peligrosos.
- No pueden ser eliminados racionalmente.
- Están más allá del control voluntario.
- No son específicas de una edad determinada.
- Son de larga duración.
- Interfieren considerablemente en la vida cotidiana del niño en función de la respuesta de evitación.

Los trastornos de ansiedad, se clasifican según sus signos somáticos y psíquicos, así también en las formas de expresión ansiosa que permite una mejor comprensión del fenómeno. La CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades; OMS) clasifica los trastornos de ansiedad de inicio en la infancia y adolescencia (ansiedad de separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad entre hermanos). La Clasificación DSM-IV (Diagnostic and Statistical Classification of Diseases; APA) tan sólo considera como específico de la etapa infantil el trastorno por ansiedad de separación. Por tal motivo se detallan a continuación los trastornos de ansiedad más comunes en la etapa escolar, entre los cuales se encuentran: ansiedad por separación, ansiedad generalizada y fobias específicas.

2.2.1. Ansiedad por separación

Hace referencia a una ansiedad elevada que presenta el niño y niña cuando se separa real o supuestamente de sus seres queridos, especialmente de sus padres. El niño y niña, se preocupa cuando sus padres salen de casa (por motivos de viaje, de trabajo o simplemente si se retrasan en sus quehaceres cotidianos fuera de casa). Temen que les haya pasado algo malo, que se pongan enfermos o que se mueran, se considera que esta ansiedad es excesiva, y es habitual que el niño y niña evite separarse de ellos: no quiere quedarse solo en casa, no quiere ir a dormir a casa de otros amigos o familiares, es reticente a marchar de excursión o de colonias, entre otros. Este cuadro puede interferir a nivel familiar (los padres se pueden sentir abrumados o sobrecargados ante la constante necesidad del niño y niña, de estar con ellos y de no separarse ni un momento), a nivel escolar (el niño y niña, no participa en actividades académicas que son beneficiosas para su desarrollo intelectual y social y que fomentan su autonomía, puede producirse incluso rechazo a ir a la escuela) y a nivel de su relación con amigos.

Según el DSM-IV-TR, la prevalencia de este trastorno se estima en torno al 4% en estos grupos de edad. El trastorno de ansiedad por separación se da en niños y niñas con un promedio de nueve años, y suele ser más prevalente en niñas que en niños. Los criterios diagnósticos que se deben cumplir para poder diagnosticar el trastorno son los siguientes:

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 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 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 pos psicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia. (DSM-IV-TR, 2000)

Entre los factores etiológicos de este trastorno destacan: acontecimientos traumáticos para el niño (muerte de algún familiar, separación de los padres, enfermedad), la psicopatología en los padres (ansiedad, depresión, trastorno de angustia) y un estilo educativo sobreprotector.

En muchos casos la ansiedad y preocupación de los padres acerca de los peligros que pueden acechar al niño obstaculizan su desarrollo e independencia gradual de las figuras parentales.

El inicio de este cuadro puede darse de forma brusca y presentar períodos alternados de remisión y de empeoramiento. Puede persistir a lo largo del tiempo.

2.2.2. Ansiedad generalizada

El rasgo distintivo de este cuadro es la presencia de preocupaciones excesivas por diferentes situaciones o actividades de la vida cotidiana. Estas preocupaciones se consideran excesivas porque ocupan mucho tiempo y porque causan malestar. Además el niño y niña, es incapaz de controlar esta preocupación. Estas preocupaciones suelen ir acompañadas de alteraciones del sueño (problemas para dormir, se despiertan frecuentemente durante la noche o manifiestan sentirse cansados al levantarse) y de quejas somáticas como dolores de cabeza o de estómago. Los niños y niñas, que experimentan este cuadro suelen ser muy inseguros y perfeccionistas. Las preocupaciones más frecuentes a estas edades hacen referencia a la competencia escolar (rendimiento en la escuela y en el deporte, preocupación por decepcionar a padres y a profesores) y social (preocupación por la aprobación de los demás, temor al rechazo).

Los criterios diagnósticos según la APA (Asociación Americana de Psiquiatría) son los siguientes:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a uno (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

1. Inquietud o impaciencia.

2. Fatigabilidad fácil.

3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.

4. Irritabilidad.

5. Tensión muscular.

6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

El trastorno de ansiedad generalizada aparece de forma más frecuente en adolescentes que en escolares, y afecta más a las niñas que a los varones. La prevalencia a lo largo de la vida de este trastorno de sitúa alrededor del 5% en la población general. Se trata de un cuadro que suele coexistir con otros trastornos de ansiedad, especialmente con la fobia social, la ansiedad de separación y las fobias específicas, y también con la depresión.

2.2.3. Fobias específicas

Las fobias específicas o simples se definen como un miedo excesivo e irracional a estímulos que de forma real o imaginaria resultan amenazantes o peligrosos para el niño y/o el adolescente.

Alrededor de un 3% de los niños cumplen los criterios diagnósticos DSM para poder ser diagnosticados con una fobia específica:

A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.

C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.

D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.

E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.

G. La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

Si bien las fobias específicas pueden aparecer en la etapa adulta, la fobia a los animales, las fobias de tipo ambiental (tormentas, truenos, entre otros.) y el miedo a la sangre-inyecciones o daño (dentistas, médicos en general) son típicas de la infancia. Aunque muchas fobias aparecen

tras un episodio traumático (por ejemplo, un niño puede desarrollar miedo a los perros tras la mordedura de uno de ellos), algunas de ellas tienen un patrón familiar muy marcado. Entre las fobias más comunes que desarrollan los niños y niñas está la fobia escolar y la fobia social.

2.2.3.1. Fobia escolar

La fobia escolar hace referencia al miedo y rechazo del niño o niña, a acudir a la escuela por alguna situación o persona relacionada con ella: problemas con algún profesor o compañero, dificultades durante el recreo o la comida, entre otras. Se trata de un trastorno de ansiedad muy incapacitante en tanto el niño o niña, puede dejar de acudir a la escuela durante largos períodos de tiempo, con las alteraciones a nivel de rendimiento escolar y de relaciones sociales que se derivan. Pese a que muchos niños y niñas durante su etapa escolar manifiestan en alguna ocasión el rechazo a ir a la escuela, la fobia escolar se da de forma poco frecuente, pudiendo afectar al 1.5% de la población infantil escolarizada. Suele aparecer entre los 3-4 años de edad (inicio de la escolarización) pero especialmente a partir de los 11-12 años. Se ha observado una mayor prevalencia de este problema en niños que en niñas.

La fobia a la escuela, se acompaña de sintomatología física: son comunes las quejas repetidas de dolor abdominal, diarreas, náuseas y vómitos, dolor de cabeza, alteraciones del sueño y del apetito. El problema se mantiene cuando el niño o niña, evitan acudir a la escuela.

Se han descrito algunos factores que podrían predisponer y/o precipitar este problema: la presencia de trastornos de ansiedad o del estado de ánimo en los padres, acontecimientos vitales negativos en el niño niña (por ejemplo, una enfermedad prolongada, separación de los padres, muerte de algún familiar), mal rendimiento escolar, estar acomplejado por algún defecto o problema físico, entre otros.

No resulta fácil diferenciar este cuadro de otros trastornos de ansiedad. Es frecuente confundir la fobia a la escuela con la ansiedad de separación. Si el niño o niña, experimenta temor al separarse de la madre o del padre para ir a escuela, pero sólo lo hace en esa situación, se refiere a fobia

escolar. Si el temor o rechazo a separarse de sus cuidadores se da también en otras situaciones (ir a una excursión, quedarse a dormir en casa de otro familiar, entre otros.) se refiere a ansiedad de separación. Por otro lado, conviene distinguir entre fobia escolar y fobia social.

Si la negativa a ir a la escuela se relaciona con el miedo a la evaluación por parte de los demás o a hacer el ridículo, será más adecuado el diagnóstico de fobia social que de fobia a la escuela.

2.2.3.2. Fobia social

El niño o niña con fobia social, experimenta una ansiedad elevada ante un amplio abanico de situaciones sociales: le cuesta preguntar la hora o una dirección a un desconocido por la calle, le cuesta mucho entablar una relación de amistad con niños/as de su edad, evita participar en clase, hablar con los profesores, ir a fiestas o llamar por teléfono, entre otros. En estas situaciones, el niño o niña con este problema, teme ser evaluado (a) de forma negativa por parte de los demás, hacer el ridículo y ser rechazado por ellos.

Estos niños y niñas no manifiestan problemas de relación en su ámbito familiar más inmediato, pero sí con personas menos conocidas.

Muchos niños y niñas, no saben interpretar la ansiedad que experimentan, y la expresan en forma de llanto, tartamudez, o aferrándose a familiares y personas cercanas. Los niños y niñas que presentan este problema suelen ser inseguros, tímidos, con poca confianza en sí mismos y poco asertivos. Es preciso diferenciar entre los niños y niñas con timidez y niños y niñas con fobia social. Para que un niño o niña tímido (a) sea diagnosticado de este trastorno la interferencia en diferentes áreas de su vida debe ser importante.

Un niño o niña con timidez puede tener un grupo de amigos, estar integrado en clase, participar de forma activa en diferentes actividades y deportes, entre otros. El niño o niña con fobia social evita todas esas situaciones, y si no puede, las experimenta con temor y malestar.

Los niños y niñas que padecen este problema suelen tener dificultades para hacer amigos, frecuentemente se sienten aislados, evitan participar en actividades deportivas, se niegan a ir a la escuela. Los niños y niñas pueden tener serias dificultades para adquirir las habilidades sociales necesarias para hacer frente a las demandas del ambiente. Este trastorno se ha asociado con

frecuencia a otros problemas de ansiedad, especialmente a la ansiedad generalizada, y a trastornos del estado de ánimo (depresión).

Su evolución suele ser crónica, aunque muchos consiguen disminuir la intensidad de sus temores a medida que se enfrentan a diferentes situaciones sociales en la etapa adulta.

2.3. Síntomas de ansiedad en niños y niñas en edad escolar

Los síntomas de ansiedad más comunes en niños y niñas en edad escolar son los siguientes:

- Llanto inmotivado
- Pérdida del apetito
- Trastornos del sueño
- Negativa a separarse de los padres
- Dolores abdominales
- Cefaleas
- Temores irreprimibles
- Dudas
- Angustia
- Dolor torácico
- Sentimientos de desesperanza
- Terrores nocturnos
- Introversión
- Aislamiento
- Mareos
- Vómitos
- Palidez
- Sudoración

Los niños y niñas, presentan síntomas de expresión somática y psíquica debido a que la ansiedad es poliforma en su expresión y en su constitución. También es variable en su concreción de acuerdo con la personalidad del niño o niña, su educación, el estilo afectivo y cultural de la familia y el medio sociocultural en el que se encuentra. Diferenciar la ansiedad en niños y niñas normal y patológica es difícil, siempre es una experiencia viva compleja y mixta en el que participan la vertiente psíquica y la somática como se puede apreciar en siguiente cuadro.

Semiología general de la Ansiedad en la Infancia		
Síntomas de Expresión somática	Aparato cardiovascular	Taquicardia, arritmias
	Aparato Respiratorio	Disnea, hiperventilación, apnea, suspiros
	Aparato Digestivo	Vómitos, disfagia, dolores de barriga e intestinales, diarreas, nauseas.
	Sistema Nervioso central	Mareos, parestesias, temblores, sensación de vértigo, convulsiones, hiperestesias, cefaleas, desvanecimiento.
	Sistema Osteo-articular	Parálisis, distonías, hipertonías.
	Piel	Palidez, enrojecimiento, sudoración.
Síntomas de Expresión Psíquica	Sentimientos de culpa, ideas obsesivas, sentimientos de vergüenza, sentimientos de soledad, quejas hipocondriacas, tartamudez, mutismo, locuacidad.	
	Miedos, fobia, cólera, dependencia, conducta de timidez y huidiza.	
	Inseguridad, sentimientos de inferioridad, hipersensibilidad, inquietud, agresividad, hiperactividad, rituales.	

2.4. Causas de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar

Son diversos los factores que causan ansiedad en los niños y niñas en edad escolar, a continuación se detallan los más importantes.

- Factores genéticos y constitucionales.

Aunque parece que los trastornos de ansiedad se agrupan en determinadas familias, aún no se ha establecido, si la transmisión es genética o determinada por la crianza. Puede afirmarse que los factores genéticos podrían ocupar un lugar destacado en la génesis de algunos (trastorno de pánico), estando otros, como la ansiedad generalizada o la de separación, más condicionados por factores ambientales.

- Temperamento

Los niños y niñas que son inhibidos, tímidos o tendentes a la retracción en los primeros años, tienen más tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad posteriormente.

- Estilos parentales

La sobre-protección que, en ocasiones, es debida a las propias ansiedades parentales, tales como ansiedad de separación, viene a contribuir a la génesis del niño o niña, con un sentido, de sí mismo (a) como alguien indefenso (a), que está en peligro y desprovisto de los recursos personales para protegerse, defenderse ni sobreponerse a las situaciones difíciles. Por su parte, las actitudes parentales críticas o los estilos educativos excesivamente punitivos pueden ser intimidatorios e interferir en el desarrollo de un concepto de sí, seguro y capaz. Algunos miedos específicos pueden ser transmitidos por los padres e incorporados por los niños y niñas a través de mecanismos identificatorios básicos.

- Acontecimientos vitales estresantes

Algunos miedos pueden ser iniciados por algún acontecimiento inusualmente aterrador (la experiencia de una tormenta). Además, la elaboración cognitiva (explicación) que de una

experiencia atemorizante haga el niño y niña, influirá en que pueda desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro.

- Los ambientes sociales desfavorables

Adversidades económicas o condiciones de vida desfavorables generan un clima de inseguridad crónica que puede contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad.

2.5. Efectos de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar

No todos los niños y niñas en edad escolar experimentan el mismo patrón o intensidad de la sintomatología; las reacciones pueden variar en cuanto a su duración, persistencia y fluctuación a lo largo del tiempo. Altos niveles de ansiedad reducen la eficiencia en el aprendizaje, ya que disminuyen la atención, la concentración y la retención, con el consecuente deterioro en el rendimiento escolar. Por su misma naturaleza, la ansiedad depende del concepto que el niño o niña tiene de las demandas que se le formulan en relación con la capacidad de comprensión y de control que encuentra en sí mismo.

Entre los efectos más comunes de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar se encuentran los siguientes:

- Deterioro o abandono escolar
- Baja autoestima
- Víctima de Bullying
- Fobia escolar
- Fobia social
- Fobia específica
- Trastornos adaptativos
- Trastornos del sueño
- Alteraciones conductuales
- Aislamiento
- Depresión
- Indefensión y desesperanza
- Problemas conductuales
- Trastornos de alimentación
- Conducta agresiva

2.6. Principales procesos psicoterapéuticos de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar

Terapia Cognitivo Conductual	Terapia Familiar
<p>Las terapias cognitivas juegan un interesante papel en el tratamiento de las fobias simples, en las escolares y en otros trastornos de ansiedad. Las intervenciones terapéuticas incluyen las técnicas de modelado, desensibilización sistemática y terapia cognitivo conductual. Han sido utilizadas para tratar fobias simples en niños (Hussain y Kashani 1992). Los estudios de Miller en 1972 y Elagg y Yule 1984 y Kendall en 1994, apoyan el uso del tratamiento conductual en niños con trastornos de ansiedad, aunque reconociendo las limitaciones que tiene, como ocurre con la Inhibición recíproca o Desensibilización, de la que Rutter (1993), señala que los estudios comparativos de la aplicación de esta técnica en los trastornos de ansiedad en la infancia no son determinantes de su eficacia. El uso de esta Terapia en fobias monosintomáticas según Yates obtiene resultados positivos, sin embargo en las polisintomáticas, la terapia se hace excesivamente larga y los resultados no parecen tan satisfactorios. Es sin embargo esta</p>	<p>Todos los autores, señalan la conveniencia del empleo de los padres, y del grupo familiar como vía terapéutica que debería constituir un prelude a cualquier intervención o decisión terapéutica en el campo de la ansiedad infantil.</p> <p>La ansiedad infantil se fragua en la matriz de la dinámica familiar, en el seno de la cual se organiza y desarrolla. La situación de disfunción y el estrés familiar generan las múltiples y complejas formas y procesos conscientes e inconscientes, que constituirán la experiencia ansiosa infantil.</p> <p>Tradicionalmente se diferencian dos formas de intervención terapéutica con las familias de niños ansiosos:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Como complemento de la terapia individual, aconsejando y apoyando a los padres y b) La terapia familiar propiamente dicha. <p>En el primer caso -como complemento de la intervención individual- se trabaja con vías educativas, aconsejando y apoyando a los padres.</p> <p>En este caso se consigue un descenso de las tensiones intrafamiliares y de los conflictos</p>

<p>técnica, el tratamiento de elección en fobias y temores. Podemos resumir el procedimiento de aplicación de esta técnica en tres etapas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Entrenamiento en relajación muscular profundo. 2) Construcción de jerarquías de ansiedad. 3) Aplicación de procedimientos de desensibilización desplazándose a lo largo de las jerarquías de ansiedad paso a paso mientras que se practican las técnicas de relajación. <p>Es importante que el estímulo presentado provoque cierto grado de ansiedad pero que no debe suscitarse demasiada ansiedad porque de ser así, el paciente en lugar de desensibilizarse, puede sensibilizarse aún más al estímulo específico.</p> <p>Las Técnicas cognitivo-comportamentales ofrecen posibilidades de interés en el tratamiento de la ansiedad en la infancia. Basadas en la idea de que la experiencia ansiosa infantil va siempre unida a distorsiones cognitivas, con una mala percepción e interpretación de las demandas del entorno, que origina preocupaciones, autocríticas, entre otras.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Relajación 2) Exposición o toma de contacto continuada y progresiva con las situaciones ansiógenas o estresantes. 	<p>centrados en el niño, sin pretender modificar el equilibrio familiar.</p> <p>En este primer abordaje se informa y educa a los padres, trabajando con su propia capacidad de comprensión convirtiéndolos en aliados y colaboradores lo que es siempre preferible a mantenerles en la ignorancia y la dependencia. Spetiing (1979) definió claramente los objetivos de este abordaje:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Educar a los padres en relación al desarrollo normal del niño. 2. Enseñarle a los padres los modos en que los niños reaccionan a las situaciones de tensión emocional. 3. Explicarles la naturaleza de la psicopatología del niño. 4. Enseñara los padres a enfrentar de modo mejor y más adecuadamente los problemas de disciplina y a ser mejores padres. 5. Hacer comprender a los padres sus propias reacciones ante las situaciones de tensión emocional en el niño y la familia. 6. Preparar a los padres para el caso de que tengan que seguir una psicoterapia ellos mismos. <p>En la terapia familiar propiamente dicha, el objetivo se dirige no solo al niño sino a los intercambios entre los miembros de la familia, terapia inspirada en las teorías sistémicas. Esta</p>
--	--

<p>3) Modelado a través del aprendizaje vicario, por imitación, de Bandura</p> <p>4) El Reforzamiento Contingencial, basado en las ideas del condicionamiento operante</p> <p>5) La reestructuración cognitiva, modificando sus autocríticas, expectativas negativas, su pensamiento inmaduro, no objetivo ni realista y sus déficits cognitivos al emplear estrategias cognitivas inadecuadas al enfrentarse con las demandas del entorno</p> <p>6) Estrategia para la “solución de problemas” por la que los niños en vanas etapas aprenden a identificar, limitar y definir el conflicto, describiéndolo, para que más tarde se presenten alternativas de solución al problema y se escoja la mejor solución.</p>	<p>terapia familiar estructural ha sido el modelo más utilizado y estudiado en familias en las que un niño o adolescente es el paciente identificado. Se ha usado sobre todo en familias con niños con trastorno de alimentación y dentro de los trastornos de ansiedad, con mayor frecuencia en los cuadros psicósomáticos.</p> <p>Para Murray y Bowen (1978), la vía de la maduración en estos niños consiste en diferenciar su propio yo del enredo triangular y a veces multigeneracional con los otros: familia, amigos y compañeros de clase.</p>
--	---

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1. Metodología para la sistematización de práctica profesional dirigida

Para lograr los objetivos del presente trabajo de sistematización de la práctica profesional dirigida, se utilizó el método cualitativo, en relación al marco teórico.

3.2. Técnicas metodológicas para el proceso de práctica profesional supervisada

Se aplicaron los siguientes procesos metodológicos:

- La observación
- Las entrevistas no estructuradas
- Examen mental
- Los test psicológicos, fueron instrumentos que se utilizaron para recolectar información e investigar por qué y cómo es la problemática de cada uno de los pacientes atendidos, en sus respectivas historias clínicas o anamnesis.

Como metodología clínica de recolectar síntomas, de los problemas de cada paciente, se utilizaron los siguientes:

- | | |
|----------------------|----------------------------------|
| a. Test proyectivos: | b. Test psicométricos: |
| ○ Árbol | ○ Escala de depresión de Zung |
| ○ Familia | ○ Escala de ansiedad de Hamilton |
| ○ Figura humana | |

Como técnicas para generar psicodiagnósticos se utilizaron los diagnósticos diferenciales, los criterios multiaxiales del manual estadístico de trastornos mentales DSM -IV-TR.

Como procesos psicoterapéuticos se utilizaron los enfoques:

Cognitivo conductual, con las siguientes técnicas:

- Diálogo socrático
- Auto instrucciones positivas
- Intensión paradójica
- Exposición gradual
- Técnicas de respiración y relajación

Conductuales, con las siguientes técnicas:

- Instrucciones dirigidas
- Modelado
- Refuerzo conductual
- Refuerzo contingencial

Terapias de apoyo con las siguientes técnicas:

- Dibujo y fantasía
- Técnicas de juego
- Técnicas de dinámica familiar

Siendo utilizadas en los procesos individuales y familiares de toda la población atendida en la Clínica Periférica Primero de Julio.

3.3. Población atendida

Niños, niñas, jóvenes y adultos de ambos sexos, que llegaron a consulta clínica con varias sintomatologías.

3.4. Cronograma de actividades realizadas

Actividades a Realizar	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov
Período de inducción a práctica en UPANA											
Solicitud de realización de práctica											
Entrevista con directora del Centro de Salud											
Entrevista a pacientes con proyección de permanencia											
Aplicación de pruebas											
Diagnóstico											
Aplicación de técnicas y terapias											
Finalización de casos (altas)											
Entrega de informes Upana											
Elaboración de informe final Upana											
Entrega de informe final Upana											

Fuente: elaboración propia

3.4.1. Actividades normales de práctica

Actividad	Objetivos	Recursos	Mes/día/hora
Captación de pacientes con pretensión de brindarles procesos psicológicos	Brindarles atención psicológica para cumplir con el requerimiento de la Universidad	-Formato de historia clínica -Test proyectivos -Test psicométricos -lapicero -recurso humano	Febrero-Julio días jueves, Horario de 8.00 a 14.00 horas.
Diagnóstico de los pacientes captados	Poder darles un diagnóstico adecuado con apoyo del DSM IV y en base a las entrevistas y pruebas aplicadas.	-Test proyectivos -Test psicométricos -Protocolos de calificación -Plantillas de calificación -DSM IV -Diagnóstico multiaxial -Diagnóstico diferencial -Impresión diagnóstica -Lápiz	Abril-Agosto Días jueves Horario de 8.00 a 14.00 horas
Desarrollo del plan terapéutico	Poder estructurar un plan terapéutico adecuado según las distintas sintomatologías de los pacientes captados	-Distintas corrientes psicoterapéuticas -Protocolos de aplicación de técnicas psicoterapéuticas	Abril-Septiembre días jueves Horario de 8.00 a 14.00 horas

Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a los pacientes captados	Poder darles herramientas psicoterapéuticas a los pacientes captados según sus diagnósticos multiaxiales.	-Protocolos de aplicación -Hojas -Papelógrafos -Lapiceros -Crayones	Mayo-Septiembre Días jueves Horario de 8.00 a 14.00 horas
Citar a padres en los casos del trabajo con niños	Finalizar casos con pacientes que permitieron su seguimiento	Una hoja que contiene: -Resumen de actividades realizadas Logros percibidos -Recomendaciones y tareas en casa Recurso humano	Septiembre-Octubre Días jueves Horario de 8.00 a 14.00 horas
Trabajo operativo de estructuración de informe final conforme requerimiento del ejercicio profesional de práctica supervisada	Elaboración de informe final	-Expedientes de casos clínicos -Computadora -Folder -Protocolos -Formatos -Recurso humano	Septiembre-Noviembre
identificación de detalles en informe final e impresión	Entrega de informe final en Upana	Expedientes corregidos Computadora Tinta	Noviembre

Fuente: elaboración propia

3.4.2. Talleres u otras actividades especiales

Actividad	Objetivos	Recursos	Mes/día/hora
Charla de autoestima al personal de la clínica periférica Primero de Julio	Informar y promover herramientas de mejoramiento de la autoestima.	Computadora Cañonera Videos Presentación en power point	Mayo Día 16 Hora 10.00 a 11.00 am.
Charla de prevención de abuso sexual en la niñez	Informa y prevenir a los niños del instituto primero de julio sobre el abuso sexual	Computadora Cañonera Videos Presentación en power point	Agosto Día 8 Hora 7.00 a 10.00 am

Fuente: elaboración propia

3.5. Programa del curso de práctica profesional dirigida (ver anexos)

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1. Análisis de Resultados

Todo el proceso realizado buscó la recopilación de información, la que a la luz de las teorías trabajadas permitieron realizar un análisis de la pregunta de investigación expuesta en un principio: ¿Cuál es el impacto de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar?

La ansiedad en niños y niñas en edad escolar, tiene un alto impacto negativo, ya que afecta y deteriora distintas áreas, según la investigación realizada en el marco teórico y los hallazgos sintomatológicos y clínicos que se encontraron en niños y niñas, atendidos en la Clínica Periférica Primero de Julio durante el ejercicio de la práctica profesional supervisada, los niños y niñas que padecen de ansiedad se ven afectados en el área temperamental, conductual, afectiva, cognitiva y relacional. Dichas afecciones llevan a los niños y niñas, a que disminuyan la atención, la concentración y retención con el consecuente deterioro en el rendimiento escolar.

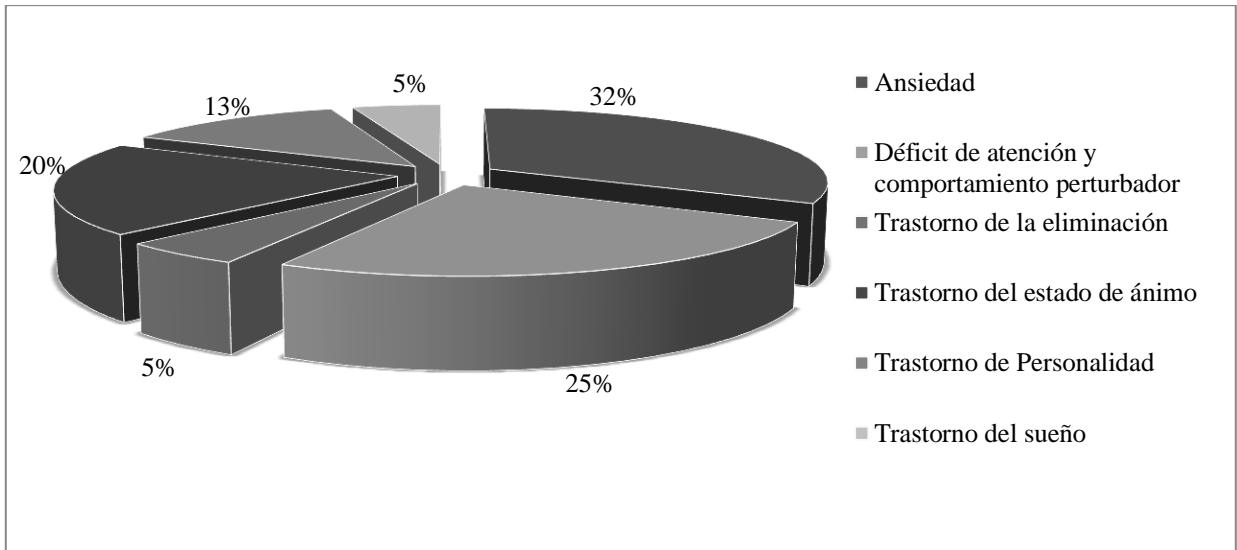
Los niños y niñas que padecen de ansiedad tienen mayor vulnerabilidad a ser víctimas de bullying, tener problemas de autoestima o conductas agresivas, ya que puede interferir en el desarrollo de un concepto de sí, seguro y capaz. La ansiedad aísla a los niños y niñas, del entorno familiar, creando una desadaptación del mismo lo cual afecta la dinámica familiar.

La ansiedad en los niños y niñas en edad escolar, debe de ser tratada a tiempo y de forma efectiva ya que puede transformarse en un trastorno adaptativo o en una neurosis, llevándolos al deterioro en su calidad de vida y al fracaso en su vida adulta.

4.2. Gráficas

A continuación se presenta por medio de gráficas, la afluencia de pacientes atendidos por ansiedad, y cuantificación de otras patologías.

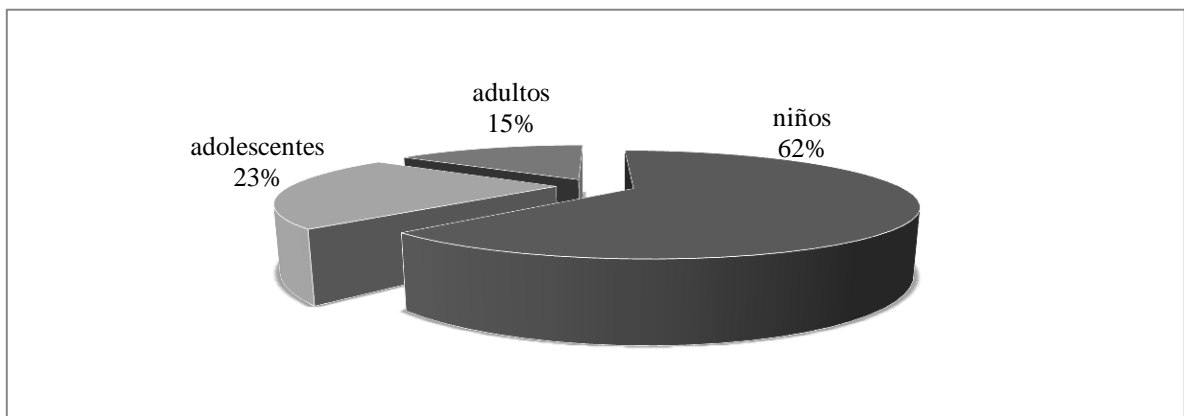
Gráfica No. 1



Fuente: Elaboración propia

El resultado en la siguiente gráfica muestra que el 62% de los pacientes que solicitaron tratamiento terapéutico fueron niños, el 23% adolescentes y el 15% adultos, todos de ambos sexos.

Gráfica No. 2



Fuente: Elaboración propia

4.3. Caso Clínico

A continuación se presenta un caso psicológico atendido en la Clínica Periférica Primero de Julio, el cual generó la inquietud de investigación en la presente sistematización de la práctica profesional dirigida, siendo la Licenciada titular Melisa Lemus, y la Licenciada auxiliar Joann Zimeri.

Informe Clínico

I DATOS GENERALES

Nombre: E.A.T.M.
Sexo: Femenino.
Fecha de nacimiento: 28 de julio del año 2003
Edad: 9 años
Escolaridad: Tercero primaria.
Dirección: Primero de Julio
Religión: Católica
Nombre del padre: M.T.
Profesión: Técnico en mecánica
Lugar de Trabajo: El Salvador
Nombre de la madre: M.S.
Profesión: Ama de casa
Teléfono: confidencial
Fecha de inicio de la evaluación: 07 de marzo de 2013

Referido por: La mamá tomó la decisión, por consejos de una vecina.

II. MOTIVO DE CONSULTA

La mamá refirió lo siguiente: “Mi hija no quiere ir a la escuela, porque tiene miedo y piensa que se va a enfermar”.

Historia del Problema Actual

Hace dos años a la paciente le dio hepatitis, quien estuvo aproximadamente mes y medio en reposo. Paralelo a ello su padre abandonó el hogar. A partir de entonces la paciente se ha sentido muy triste y vulnerable. La paciente refirió sentirse sola y triste ya que no tiene muchas amigas y su mamá la mantiene encerrada en su casa. Actualmente ha estado con miedo a enfermarse cuando va a la escuela, hace dos meses accidentalmente la maestra la golpeó cuando borraba la pizarra, y eso la asustó mucho, desde entonces no quiere ir a la escuela, piensa que se va a enfermar y se asusta mucho. La paciente también refirió sentirse mal porque sus compañeras de aula no quieren jugar con ella y la hacen de menos.

Historia Clínica

1. Historia prenatal

Según lo platicado con la mamá de la paciente, refirió lo siguiente: “Durante el embarazo todo fue normal”, sin embargo la mamá se mantuvo preocupada, porque en ese tiempo su hija mayor se enfermó y eso la angustió mucho.

Las características generales del embarazo no presentaron dificultad alguna, el ambiente en el hogar fue de cierta angustia y ansiedad de parte de la madre, ya que ella ya estaba en edad avanzada cuando quedó embarazada de la paciente. La mamá refiere que fue un embarazo deseado por parte de ella, de parte del papá no tanto.

2. Nacimiento

La mamá de la paciente refirió no tener ningún problema en el parto, la paciente pesó 6 libras al nacer.

3. Desarrollo psicomotriz, descripción del sueño, dentición y control de esfínteres

La mamá refirió que la paciente caminó a los once meses, habló a los dos años y dejó de usar pañales a los tres años. Siempre tuvo un sueño regular y rápido.

4. Evolución de lenguaje

Según la madre, sin ninguna dificultad.

5. Desarrollo escolar

La paciente y la mamá refirieron que cuando entró a estudiar a pre primaria le fue muy bien, tuvo muchos compañeritos y con todos se llevaba muy bien, hasta ahorita que la cambiaron de escuela y que está en tercero primaria está pasando por la situación de que no quiere ir a la escuela, y no se lleva bien con sus compañeritas.

6. Desarrollo social

Según la madre, la paciente se desenvuelve muy bien con los demás niños, la mayoría de profesores que ha tenido han referido que ella es muy buena estudiante y muy obediente, no ha participado mucho en actividades escolares, porque la mamá no le da permiso, refiere que cuando tiene la oportunidad de salir a algún parque o alguna fiesta de cumpleaños siempre encuentra con quien jugar.

7. Historia médica

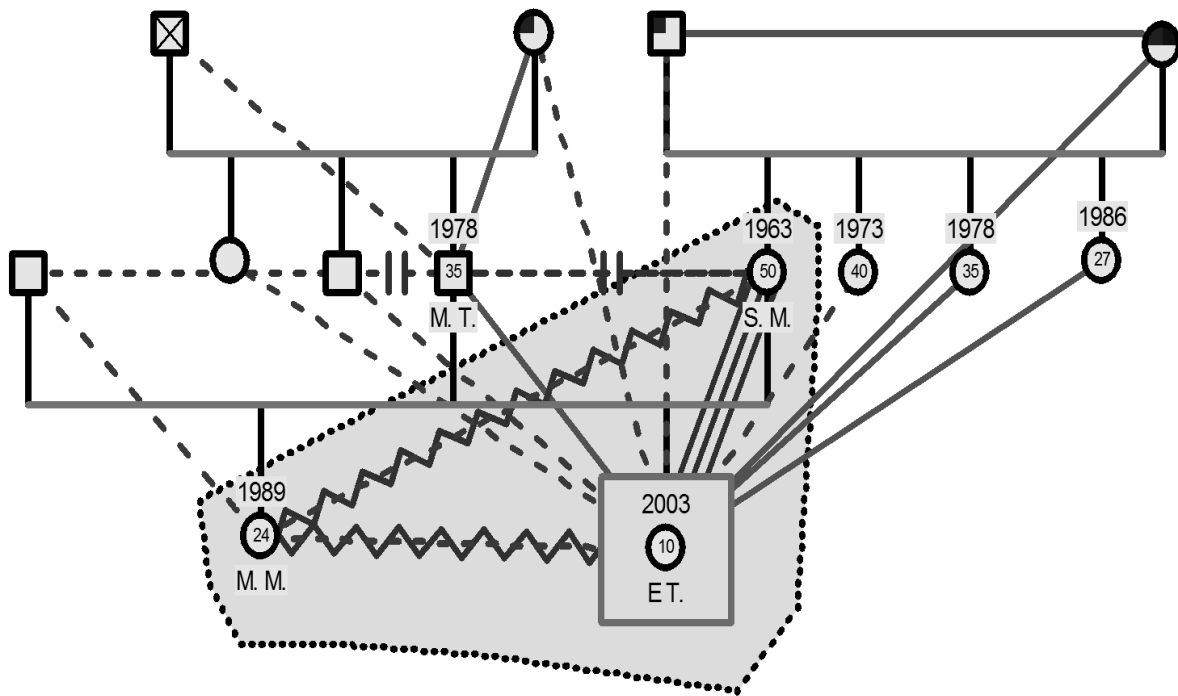
Hepatitis A, a los 7 años de edad tuvo una duración de un mes y medio y a los 8 años de edad le dio una infección urinaria.

III. HISTORIA FAMILIAR

1. Estructura de la familia nuclear del sujeto

La paciente actualmente vive con su mamá y hermana mayor, son hijas de padres distintos. Su situación socioeconómica es baja. La mamá se lleva muy bien con sus dos hijas, sin embargo refiere que su hija mayor está un poco resistente y rebelde, la paciente se lleva bien con su mamá pero tiene una relación distante con su hermana mayor, con su papá únicamente platican por teléfono, así que tienen una relación distante. Entre su mamá y su papá tienen una relación distante, solo se comunican por la paciente que es la hija en común, la mamá y el papá tienen una diferencia de edad bastante significativa, pues la mamá es mucho mayor que el papá por 15 años, situación que la mamá prefiere ignorar, no le gusta hablar respecto a ese tema.

2. Genograma



Fuente: elaboración propia

La familia nuclear de la paciente está integrada actualmente por ella, la mamá, y la hermana mayor. Se puede observar en el genograma que la paciente tiene una relación conflictiva con su hermana, estrecha con su mamá y cercana con su papá.

Según el genograma, la mamá y el papá de la paciente tienen una diferencia de edades bastante significativa, actualmente se encuentran separados y tienen una relación conflictiva, pues la única comunicación que tienen es por situaciones que tienen que ver con la niña.

Así mismo se observa que no tienen mayor relación con familiares fuera de su núcleo. En el genograma se pudo ver que la abuela materna padece de hipertensión, situación que se repite en la madre de la paciente.

Lamentablemente no se pudo tener datos de la familia paterna de la paciente.

IV EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

1. Presentación (descripción general):

La paciente presenta un nivel de conciencia alerta.

Su aspecto en general es limpio y bien vestido, acorde a su edad, su peso es muy bajo para la altura y edad que posee, mantiene contacto visual y su postura es recta.

Su actitud siempre ha sido colaboradora, amable y en algunas veces manipuladora, siempre trata de buscar aprobación.

2. Conducta motora y estado afectivo:

En las primeras dos sesiones la paciente se presentó ansiosa y con cierta actividad motora.

En su estado afectivo manifiesta tener carencias afectivas e inseguridad.

La paciente es muy expresiva su volumen y ritmo de voz es bajo, tiene varias explosiones de llanto.

3. Estado cognoscitivo

La paciente es muy atenta, se concentra en las actividades que realiza durante la sesión, tiene muy buena retentiva.

Su lenguaje es coherente y fluido, es espontánea, habla rápido, tartamudea un poco. Su volumen y timbre de voz es bajo.

Obedece órdenes, tiene muy buena comprensión del lenguaje hablado y escrito.

Razonamiento: coherente, práctico hacia lo exterior.

4. Pensamiento:

La paciente es coherente y lógica en su proceso de pensamientos, en su contenido generalmente muestra preocupaciones por su rendimiento escolar y por el hecho de sentirse sola y triste.

5. Estado de ánimo:

La paciente algunas veces se muestra con un estado de ánimo bajo, porque se siente solita y extraña mucho a su papá. En varias ocasiones muestra sentimientos de soledad y tristeza.

V EVALUACIÓN MULTIAXIAL

EJE I: F93.0 Trastorno de ansiedad por separación 309.21

EJE II: Z03.2 Sin Diagnóstico [V71.09]

EJE III: Ninguno

EJE IV: Problemas relativos al grupo primario de apoyo; por la perturbación del abandono del padre, y los conflictos de relación con su hermana mayor.

EJE V: (EEAG): 61/70

VI ABORDAJE PSICOTERAPÉUTICO

La intervención terapéutica conjuga, normalmente, tratamientos específicos, en función del diagnóstico principal, con otros de carácter más general o contextual, en función de las características personales y circunstancias del paciente. Normalmente, las primeras intervenciones van encaminadas a reducir los síntomas de ansiedad y la incapacitación que producen. Posteriormente se analizan y tratan los factores que originan y/o mantienen la ansiedad y otras alteraciones que puedan acompañarla. Habitualmente, los tratamientos incluyen aspectos relacionados con la recuperación de la salud, si se ha perdido, aspectos relacionados con la prevención, y aspectos relacionados con el desarrollo personal del paciente que de un modo u otro tienen que ver con lo que le pasa.

En este trastorno se aplican técnicas cognitivo-conductuales similares a las usadas en el resto de problemas de ansiedad. No obstante, al darse fundamentalmente en personas de reducida edad, requieren una serie de adaptaciones. En primer lugar es fundamental considerar la edad y el nivel de desarrollo del niño/a, porque esto nos indicará que es normal y que no. Si finalmente resulta que estamos ante un problema, y existe la decisión de iniciar la terapia, es preferible que ésta se haga en un contexto lo más parecido posible al que está habituado el niño.

VII PRESENTACION DEL PLAN TERAPÉUTICO

Problema Clínico	Objetivos	Técnicas / Dinámicas	Observación y duración
Estado de Ánimo Ansioso	Identificación de situaciones de temor y ansiedad. Extinguir progresivamente la respuesta de ansiedad.	Técnicas de exposición gradual	Dichas técnicas se realizarán en 4 sesiones, y se dejarán de tarea en supervisión de su cuidador.
Tensión	Aplicación de relajación ante situaciones asociadas con temor y ansiedad	Relajación muscular progresiva de JACOBSON	Esta técnica se le enseñará a la paciente y se realizará las veces que ella identifique situaciones de temor
Baja autoestima y Valía	Controlar los pensamientos negativos.	Auto instrucciones positivas. Detención de pensamientos	Dicha técnica se realizará en 3 sesiones y se le dejará de tarea, para que la aplique a situaciones de su vida.
Carencia de Afectividad	Trabajar la perdida afectiva del padre por medio de descarga de emociones inadecuadas.	Recupera las Joyas del Inodoro	Dicha técnica se realizará en 2 sesiones
Reforzamiento	Evaluar avances en la paciente, y darle entrenamiento a la madre de técnicas operantes por medio del refuerzo positivo.	Entrenamiento de técnicas operantes y reforzamiento positivo.	Estas técnicas se aplicarán al final del proceso psicoterapéutico.

Fuente: elaboración propia

VIII OBJETIVOS, TÉCNICAS Y RECURSOS

Objetivo	Técnicas o actividades a utilizar	Recursos/Materiales
Que la paciente empiece a identificar las situaciones que le causan temor y ansiedad, y que vaya sintiendo un refuerzo positivo al tener la apertura de poder trabajar con sus temores y ansiedades.	Se le dará a la paciente varias hojas en blanco y un lápiz en donde se elaborara una serie de gráficas que simulen situaciones en las que considere que le causa miedo y ansiedad. Luego se le pedirá que narre una historia por gráfica, con el objetivo de que ella vaya identificando sus propios miedos y ansiedades.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas de papel bond ✓ Lápiz ✓ Borrador
Extinguir progresivamente las respuestas de ansiedad y temor de una forma gradual.	<p>Técnica de exposición gradual:</p> <p>Con las escenas que graficó la paciente en la sesión anterior se trabajará en esta sesión, solicitándole que las ordene de la menos a más temidas, luego se realizarán ejercicios de visualización de cada gráfica, iniciando por la menos temida.</p> <p>Se le pedirá a la paciente que por medio de la imaginación dirigida, se visualice de manera repetida y prolongada con cada escena que plasmó en sus gráficas para que entre en contacto con las situaciones que le causan ansiedad y temor.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gráficas de escenas de exposición
Que la paciente pueda aplicar la relajación a situaciones de la vida diaria, asociadas con la ansiedad.	<p>Relajación muscular progresiva de Jacobson:</p> <p>En esta sesión se trabajará relajación progresiva, se le pedirá a la paciente que realice ejercicios por medio de la imitación es decir se le modelará ejercicios de tensión y distensión de los distintos grupos musculares, para que ella pueda realizarlos en casa.</p> <p>Luego se realizarán algunos ejercicios sometiéndola de nuevo a las gráficas que realizó en la primera sesión, para que narre nuevamente cada una de ellas, pero esta vez solicitándole que tense sus músculos a propósito cuando habla de esas situaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gráficas de escenas de exposición

	<p>temidas.</p> <p>Se le pedirá que realice este ejercicio en casa para que lo practique.</p>	
<p>Trabajar con aquellos pensamientos o imágenes que podrían estar implicados en el trastorno.</p>	<p>Auto instrucciones positivas:</p> <p>Se le darán hojas de papel a la paciente y un lápiz en donde se le solicitará que escriba esos pensamientos que le hablan así misma lo cuales le indican le hacen sentir miedo y ansiedad, luego se le solicitará que lea cada uno de ellos cuestionando el:” por qué” , esos pensamientos negativos</p> <p>Al finalizar se le solicitará que agregue a cada uno de los pensamientos negativos que le causan temor, la palabra “yo puedo”.</p> <p>Luego se le solicitará que realice una cajita en donde ella pueda meter diariamente una tarjetita de los logros que ha tenido con la palabra “yo puedo”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas de papel bond ✓ Lápiz
<p>Lograr el control de los pensamientos negativos, para que pueda continuar con su vida cotidiana de manera satisfactoria.</p>	<p>Detención de pensamientos:</p> <p>Se le inicia la sesión solicitándole a la paciente que cierre los ojos e inicie verbalizando una secuencia de pensamientos negativos. Mientras la paciente procede, se le interrumpirá diciendo "¡Alto!" acompañado de un aplauso, para que este ruido sirva de distractor.</p> <p>Después de esto se le explicará a la paciente cómo se detuvieron aquellos pensamientos, pidiéndole que repitan el ejercicio varias veces. Después de que la paciente ha detenido estos pensamientos irracionales, se aplica la sustitución de estos pensamientos por unos más optimistas o racionales, pues se le brindará una lista de pensamientos racionales que sean acordes a su problemática. Este ejercicio se tiene que realizar cada vez que se presenten los pensamientos irracionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lista de pensamientos irracionales

<p>Que la paciente logre desahogar resentimientos y emociones inadecuadas que le dañan por la pérdida afectiva de su padre</p>	<p>Recupere las joyas del inodoro:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Se inducirá a la paciente en un estado de semi relajación. 2. Se le pedirá que traiga a la mente los recuerdos, gratos que tuvo con su papá. 3. Que expulse sus emociones tal cual las siente que no trate de reprimir es una tipo catarsis que saque todo lo que lleva por dentro al final quedara exhausta pero limpia por dentro. 4. Se le dirá ahora revise todo lo que expulsó. Cada suceso doloroso trae consigo joyas de enseñanza para buscarlas hay que meter las manos en los desechos. Luego se le indicará a la paciente que tome dos hojas de papel que recuerde sus peores anécdotas que llore si es necesario o si lo siente. Que escriba cada anécdota dolorosa con tinta roja que escriba todos los detalles tristes y sus sentimientos negativos después en otra hoja con tinta negra lo que aprendió de aquel suceso. Finalmente destruya la redacción en rojo y guarde la redacción en negro en un lugar seguro ya que será como una joya de cuanto aprendió de cada acontecimiento negativo y al final que exprese lo positivo y que aprendió de esta experiencia del abandono del padre. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hojas de papel bond, ✓ Lápiz, lapicero, ✓ Paleógrafo, ✓ Relajación y respiración
<p>Evaluar avances, verificar si se puede cerrar el caso y entrenar a la madre con técnicas operantes para el reforzamiento en la paciente.</p>	<p>Esta sesión prácticamente será de cierre, pues se solicita la presencia de la madre para poder evaluar avances y logros. También se aprovechará para darle entrenamiento a la madre de técnicas operantes, para que siga premiando los avances de la paciente y que deje de reforzar conductas que, aunque parezcan aliviar la angustia de la paciente, no hacen sino prolongarla innecesariamente. Una de las técnicas que se le enseñará es economía de fichas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hoja de formato de economía de fichas

Fuente: elaboración propia

4.4. Logros

- Instalar en la paciente herramientas de afrontamiento a su tensión, por medio de la técnica de relajación progresiva de Jacobson y técnicas de respiración.
- Trabajar con los pensamientos irracionales, implicados en el trastorno de la paciente
- Manejar la fobia a la escuela
- Trabajar la autoestima de la paciente
- Aplicar en la paciente técnicas de reforzamiento con apoyo de la madre.

4.5. Limitantes

- Impuntualidad a las sesiones
- Inasistencia, lo cual retrasaba el proceso
- Incumplimiento por parte de la hermana de la paciente, cuando se le citó en varias ocasiones por los problemas de relación entre ambas.
- Abandono del proceso

Conclusiones

- La ansiedad es uno de los problemas más comunes de la tensión emocional que afecta a muchos niños y niñas en edad escolar, causándoles una serie de sintomatologías que deterioran la calidad de vida y les afecta de forma temperamental, conductual, afectivo, somático y psicológico.
- Dentro de los trastornos de ansiedad, existen distintas clasificaciones, entre lo más comunes que afectan a los niños y niñas en edad escolar están: Ansiedad por Separación, Ansiedad Generalizada y Fobias Específicas (fobia social, fobia escolar).
- Los niños y niñas en edad escolar que padecen de ansiedad, presentan diferentes síntomas de expresión somática y de expresión psíquica. De expresión somática: vómitos, cefaleas, sensación de vértigo, temblores, náusea, palidez, sudoración. De expresión psíquica: sentimientos de culpa, ideas obsesivas, tartamudez, mutismo, miedo, fobia, sentimientos de inferioridad, entre otros.
- Las causas de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar se pueden dar por diferentes factores entre lo más comunes están: factores genéticos y constitucionales, temperamento, estilos parentales, acontecimientos vitales estresantes, ambientes sociales desfavorables.
- Entre los efectos más comunes de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar están: baja autoestima, abandono escolar, fobia social, trastornos del sueño, depresión, sentimientos de inadecuación, dependencia.
- Dentro de los procesos más efectivos para tratar a los niños y niñas en edad escolar con sintomatología de ansiedad está la terapia cognitivo conductual y la terapia familiar.
- Como herramienta preventiva, se elaboró un documento psicoeducativo el cual enlista síntomas y formas de prevenir la ansiedad en niños y niñas en edad escolar, dirigido a padres, maestros y encargados. Dicho documento se entregó a la institución en donde se realizó la práctica profesional supervisada.

Recomendaciones

- Se recomienda a nivel familiar y educativo, estar pendientes del temperamento, conducta, afecto y estado psicológico de los niños y niñas en edad escolar, ya que pueden ser causas de tensión emocional y ansiedad.
- Es importante dar a conocer a nivel familiar y educativo, los distintos tipos de ansiedad que pueden afectar a los niños y niñas en edad escolar.
- Se recomienda a la Clínica Periférica Primero de Julio, brindar herramientas de afrontamiento a nivel familiar y educativo, a los niños y niñas en edad escolar, para que puedan manejar las distintas sintomatologías que tienen los trastornos de ansiedad.
- Como una forma de prevención, se recomienda conocer e identificar los diferentes factores que causan ansiedad en niños y niñas en edad escolar.
- Se sugiere conocer cuáles son los efectos que tiene la ansiedad, en los niños y niñas en edad escolar, con el propósito de brindarles herramientas de apoyo.
- Como métodos de intervención psicoterapéutica, se sugiere a los futuros profesionales en psicología clínica, la terapia cognitivo conductual y terapia familiar para los niños y niñas en edad escolar, que son diagnosticados con algún trastorno de ansiedad.
- Se recomienda a la Clínica Periférica Primero de Julio, proporcionar a las personas que llegan a solicitar apoyo, el documento de aporte psicoeducativo, como herramienta informativa y preventiva de la ansiedad en niños y niñas en edad escolar.

Referencias

Bibliográficas

- American Psychiatric Association, APA. (2002). *DSM-IV-TR*. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson.
- Bonifacio, S. (1997). *Ansiedad, miedos y fobias en niños y adolescentes*. Editorial Dykinson.
- Caballo, V., & Simón, M. (2001). *Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente*. Trastornos Generales. Madrid: Pirámide.
- Carbonel, J. (1999). *Programa para el desarrollo de la convivencia y la prevención de la violencia escolar*. Madrid: Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Cultura.
- Cardenas, E. M., Feria, M., Palacios, L., & de la Peña, F. (2010). *Guía Clínica para los trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales). (S. Berenzon, J. del Bosque, & J. Alfaro, Edits.) México.
- Castejón Costa, J. L., & Navas Martínez, L. (2007). *Unas bases psicológicas de la educación especial*. Club Universitario.
- Castejón Costa, J. L., & Navas Matínez, L. (2011). *Dificultades y trastornos del aprendizaje y del desarrollo en infantil y primaria*. Editorial Club Universitario.

- Chantal, B. (2003). *Ansiedad infantil*. Los trastornos explicados a los padres. Ld Books Incorporated.
- Gomez Restrepo, C., Hernandez Bayona, A., Santacruz Oleaz, H., & Uribe Rasprero, M. (2008). *Psiquiatría Clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (3a Edición ed.). Médica Panamericana.
- J. Craig, G., & Baucum, D. (2001). *Desarrollo Psicológico*. (J. C. Pecina Hernández, Trad.) Pearson Educación .
- López, A. B. (2005). *Trastorno de Ansiedad por Separación*. Rechazo Escolar y Fobia Escolar. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Louse, R. (2007). *Cómo curar la Ansiedad en los niños: Sin Medicación Ni Terapia*. Editorial Sirio, S.A.
- Psiquiatría de niños y adolescentes. (2006). *Trastorno de ansiedad en niños*. Los expertos responden. Uruguay: Facultad de Medicina UDELAR.
- Ruiz Sancho, A. M., & Lago Pita, B. (Octubre de 2005). *Trastornos de Ansiedad en la infancia y en la adolescencia*. En: AEPap ed. Curso de Actualizaciones Pediatría., 265-280. Madrid: Exibris Ediciones.
- S. Dacey, J., & B. Fiore, L. (2005). *El niño ansioso*. Barcelona: Vergara Grupo Zeta/ Ediciones B.
- Tierno Jiménez, B. (2001). *Del fracaso al éxito escolar*. Plaza & Janés.

- Valdés Sánchez, C. A., & Flores Lozano, J. A. (1995). *El niño ante el hospital: Programa para reducir la ansiedad hospitalaria*. Universidad de Oviedo.
- Valdivieso, L. B. (1973). *Trastornos de Aprendizaje y de la Conducta Escolar*. Ed. Andres Bello.

Internet

- Gullamón, N. (2004). Clínica de la Ansiedad. Recuperado el 13 de Noviembre de 2013, de Educando a los niños para prevenir la ansiedad: <http://www.clinicadeansiedad.com/02/233/Educando-a-los-ninos-para-prevenir-la-ansiedad.htm>.
- Jadue J, G. (2001). Algunos Efectos de la Ansiedad en el Rendimiento Escolar. Estudios Pedagógicos (Valdivia). Recuperado el 14 de noviembre de 2013, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-07052001000100008&script=sci_arttext.
- Domínguez, A. Y. (2004). Fobia Escolar. Recuperado el 18 de noviembre de 2013, de PsicoPedagogía.com: <http://www.psicopedagogia.com/fobia-escolar>.
- Marsellach, G. (1998-2013). Trastornos de Ansiedad en la Infancia. Recuperado el 15 de noviembre de 2013, de PsicoActiva.com: <http://www.p psicoactiva.com/arti/articulo.asp?SiteIdNo=795>.

Anexos

Guatemala 27 de Noviembre de 2013

Licda. Raquel Alarcón
Clínica Periférica Primero de Julio
Presente

Estimada Licda. Alarcón

Deseándole éxitos en sus labores diarias, me dirijo a usted para hacerle entrega de 50 folletos psicoeducativos, como medida preventiva e informativa del tema de "**Ansiedad en niños y niñas en edad escolar**". Dicho tema fue el motivo de mi investigación, por la reincidencia de casos que tuve durante el proceso de Práctica Profesional Dirigida.

El folleto va dirigido a estudiantes de psicología, voluntarios, padres de familia, maestros y público en general.

Agradeciendo de antemano su atención y apoyo

Atentamente

Elda Herófila Palacios Córdón

Clinica Periferica 1o. de Julio



Vo. Bo. Institución _____

¿Cómo prevenir la ansiedad en niños y niñas en edad escolar?



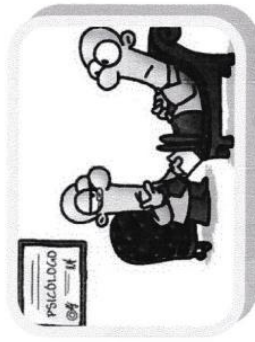
- Promoviendo un ambiente sano desde casa.
- Vigilando su alimentación.
- Haciéndole sentir escuchado y entendido (a).
- No desvalorizando sus sentimientos.
- Incentivándolo (a) a que practique deportes o una actividad física.
- Reforzando sus conductas positivas.
- Asegurando sus horas de descanso
- Practicando técnicas de relajación junto a él o ella.
- Tomándose el tiempo para explicarle de una forma adecuada a su edad, cada vez que suceda algún acontecimiento que le provoque miedo.
- Demostrándole de una forma afectiva su cariño y respaldo.
- Evitando las discusiones frente a él o ella.
- Actuando como modelo de conducta.
- Corrigiendo cuando haga algo mal.
- Elogiando sus avances.

Recuerde que el EJEMPLO no es la mejor forma de educación.

“ES LA UNICA”

¿Cuándo buscar ayuda profesional?

Busque apoyo profesional en caso se observe que el niño o niña tienen varias de las sintomatologías anteriormente descritas, que sean frecuentes y se intensifiquen.

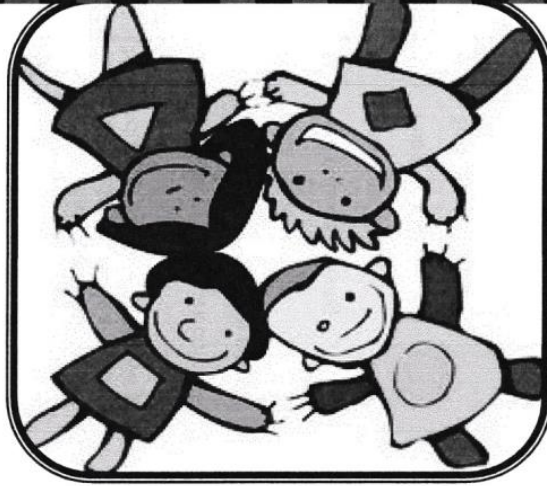


MATERIAL INFORMATIVO DIRIGIDO A PADRES, MAESTROS Y ENCARGADOS DE NIÑOS Y NIÑAS EN EDAD ESCOLAR



Ejercicio Profesional Supervisado
Universidad Panamericana

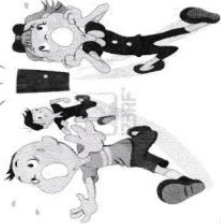
MATERIAL INFORMATIVO ANSIEDAD EN NIÑOS Y NIÑAS EN EDAD ESCOLAR



¿Que es la ansiedad?

La ansiedad es el conjunto de respuestas corporales y psicológicas a un estímulo potencialmente nocivo o dañino que genera una conducta: "la conducta ansiosa".

Afecta a la mayoría de niños y niñas en edad escolar. Su evolución natural sin tratamiento puede derivar en serias repercusiones negativas en el funcionamiento académico, social y familiar de los niños y niñas, interfiriendo de forma importante en el desarrollo.



¿Cuales son los efectos que tiene la ansiedad en niños y niñas en edad escolar?

Los niños y niñas que padecen ansiedad se ven afectados en el área temperamental, conductual, afectiva, cognitiva y relacional.

Alguno de los efectos mas comunes son :

- * Deterioro o abandono escolar
- * Baja autoestima
- * Víctimas de Bullying
- * Fobia escolar
- * Fobia social
- * Trastornos del sueño
- * Depresión
- * Dependencia
- * Trastornos alimenticios

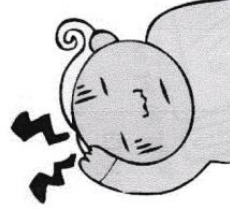
¿Cuales son los síntomas que presentan los niños y niñas que padecen de ansiedad?

A continuación los mas comunes:

- ⇒ Lianto inmotivado
- ⇒ Pérdida del apetito
- ⇒ Pesadillas
- ⇒ Negativa a separarse de los padres
- ⇒ Dudas
- ⇒ Angustia
- ⇒ Temores irrimpribles
- ⇒ Sentimientos de desesperanza
- ⇒ Tartamudez
- ⇒ Locuacidad
- ⇒ Terror nocturno
- ⇒ Aislamiento
- ⇒ Agresividad



Los síntomas también pueden ser de expresión somática tales como:



- ⇒ Dolor abdominal
- ⇒ Dolor de cabeza
- ⇒ Mareos
- ⇒ Vómitos
- ⇒ Temblores
- ⇒ Sudoración
- ⇒ Palidez
- ⇒ Parálisis
- ⇒ Enrojecimiento
- ⇒ Convulsiones
- ⇒ Diarrea

¿Cuales son las causas que genera la ansiedad, en los niños y niñas en edad escolar?

Aunque son muchas las causas que generan miedo y ansiedad en los niños y niñas, a continuación se presentan las más importantes:

El temperamento: los niños que son inhibidos, tímidos o tendentes a retracción en los primeros años tienen mas tendencia a desarrollar trastornos de ansiedad

Estilos de crianza inadecuados: la sobreprotección, la negligencia, la separación de los padres, la violencia dentro de la familia, la indiferencia, padres excesivamente autoritarios, padres excesivamente permisivos, creencias irracionales.



Acontecimientos vitales estresantes: algunos miedos pueden ser iniciados por algún acontecimiento inusualmente aterrador (un terremoto, tormenta, accidente automovilístico, etc.)



Los ambientes sociales desfavorables: (delincuencia, pobreza, muerte) generan un clima de inseguridad crónica y pueden contribuir al desarrollo de un trastorno de ansiedad.



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Clínica Periférica Primero de Julio

Señores:
Universidad Panamericana
Facultad de Psicología
Sede El Naranjo

Por este medio hago constar que la estudiante Elda Herófila Palacios Cordón asistió los días jueves en horarios de 8.00am a 1.00 pm. Del mes de febrero al mes de octubre del presente año, a sus prácticas en el área de psicología solicitadas por el licenciado Mario Salazar, coordinador general de campus el Naranjo, Universidad Panamericana.

Y para los usos que a los interesados convenga se extiende la presente a los 24 días del mes de octubre del año dos mil trece.

Licenciada Olga Raquel Alarcón S.
Psicóloga
Clínica Periférica 1ro. De Julio

Vo. Bo.
Dra. Nicté Pérez
Directora
Clínica Periférica 1ro de Julio.



Guatemala 17 de febrero de 2013

Dra. Nicté Pérez- Licda. Raquel Alarcón
Clinica Periferica Primero de Julio
5ta av. E 13-76 zona 5 Mixco
Col. Primero de Julio
Presente.

Estimadas Dra. Pérez y Licda. Alarcón,

Deseando éxitos en sus labores diarias, me dirijo a usted para solicitarle de manera cordial y respetuosa la oportunidad de realizar la Práctica Clínica Supervisada, correspondiente al último año de la carrera de Psicología Clínica y Consejería Social, que nuestra casa de estudios imparte, ya que tenemos estudiantes interesadas en realizar su práctica en la institución que usted coordina.

Sería para nosotros de mucho agrado y para nuestras estudiantes de gran aprendizaje asistir a su prestigiosa institución: Clínica Periferica Primero de Julio. Por lo que solicitamos el espacio para la estudiante **Elda Palacios**.

Cada estudiante, deberá llevar a cabo dicha práctica de Psicología Clínica, sustentando cinco casos clínicos continuos en los meses comprendidos entre febrero a octubre, por lo que le ruego desde ya tomar en cuenta y concederle la oportunidad de llevar a cabo el proceso ya relacionado, completando el formulario que se adjunta para la debida acreditación.

Agradezco de antemano su atención y quedo a la espera de su aprobación, que estoy seguro brindará experiencias de beneficio para nuestras instituciones.

Atentamente,


Lic. Mario Salazar

Coordinador General Campus **El Naranjo**

Universidad Panamericana



Vo.Bo. Institución _____



UNIVERSIDAD PANAMERICANA DE GUATEMALA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y CONSEJERÍA SOCIAL PROGRAMA DE ESTUDIOS

Nombre del Curso: Práctica IV -Profesional Dirigida-

Pre-Requisito: Práctica I, Práctica II, Práctica III

Trimestre: X

Sede: _____

Ciclo: 2013

Código: _____

Jornada: _____

Horario: _____

Mes	Año
Enero	2013
Fecha de Recepción	

Sello de Registro y Control Académico

Vo.Bo. Decanato

Propósito del Curso:

La práctica profesional dirigida se sirve durante el último año de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social sirviendo como sistema de egreso. Es una práctica de contenido psicológico-clínico y psicológico-social, por lo que los alumnos además de obtener experiencias del contacto directo con los problemas que afectan a la sociedad guatemalteca, deben poner en práctica lo aprendido durante los años anteriores de manera profesional buscando aportar a la solución de los mismos.

La Práctica Profesional Dirigida debe ser complementada con el proceso de Sistematización de la Práctica y demás actividades programadas para aplicar la Psicología Clínica y Consejería Social. Los alumnos podrán tener un contacto directo con problemas que afectan a la sociedad guatemalteca para la resolución de los mismos.

Durante la Práctica Profesional Dirigida se atenderán adultos, adolescentes y niños con necesidad de atención psicológica así como poblaciones en riesgo. El perfil de los centros de práctica que se seleccionarán generalmente serán instituciones de salud mental, Centros de salud, Instituciones de servicio a la comunidad, ONG'S y otros.

Objetivos:

- Dar al futuro psicólogo la oportunidad de poner en práctica los conocimientos adquiridos en el transcurso de su carrera.
- Motivar al estudiante en ser un agente de cambio en la resolución de conflictos que afectan a la sociedad guatemalteca.
- Atender casos en instituciones que lo necesiten para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas.
- Elaborar programas de salud mental y aplicarlos.
- Dar capacitaciones, talleres y servicios a grupos de personas con conflictos o temas a trabajar específicos relacionados a la psicología y consejería.
- Conocer áreas de riesgo en la sociedad guatemalteca para formarse una conciencia social y posteriormente aplicar su ejercicio profesional en la resolución de problemas sociales.
- Investigar temas relacionados de interés en su aplicación práctica.
- Dejar beneficios a los lugares de práctica, dejando un precedente de atención psicológica.
- Autoevaluarse en su actuar durante la práctica.

Evaluación:

Nota Máxima de Aprobación: 100 puntos
 Nota mínima de Aprobación: 70 puntos.

Contenido Temático del Curso:

Contenido:	Fecha:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Retroalimentación de contenidos en evaluación, diagnóstico, pronóstico y tratamiento psicológico 2. Trabajo en comunidades de riesgo 3. Detección de situaciones de resiliencia 4. Creación de programas y proyectos 	

Metodología: Criterios para el Desarrollo del Curso:**Metodología:**

- El estudiante-practicante hará los contactos y acercamientos pertinentes para iniciar una relación de apoyo en un centro de práctica: centros de salud, centros de atención clínica-psicológica, comunidades organizadas, ONGs o similar.
- La Universidad permitirá la asignación de los centros de práctica según el perfil preestablecido, para lo cual se extiende de una carta en papel membretado firmada y sellada por las autoridades pertinentes.
- La docente de práctica se pondrá en contacto con las autoridades de las entidades asignadas, llegando a acuerdos sobre la metodología que se utilizará en el abordaje de casos y otras actividades, así como en el tiempo y horarios en que el practicante asistirá.
- La Práctica Profesional Dirigida tendrá una duración de 500 horas distribuidas en 11 meses. Los alumnos serán supervisados constantemente y se reunirán, con la docente encargada una vez a la semana en el centro universitario para ser orientados en todo lo referente a su práctica.
- Los alumnos deberán apegarse a los lineamientos por la supervisora de práctica, los cuales se dan desde el inicio del curso, así mismo cumplir con las normas del centro de práctica.
- Dentro del Campus, la clase de práctica se dividirá en dos momentos: la primera hora de clase, se enfocará en la presentación de casos de parte de los estudiantes, en los que deberán escoger un caso de los que tengan a su cargo, y presentarlo a la clase según especificaciones presentadas con anticipación para su retroalimentación. En la segunda hora, se hará la supervisión de casos en grupo, en donde cada alumno llevará un caso para presentar a la supervisión, con dudas y situaciones en las que necesite guía y retroalimentación, tanto de parte del docente, como de sus compañeros.
- El proceso de evaluación es uno sólo, lo cual implica que el trabajo en el Centro de Práctica, tanto como en la clase presencial en la Universidad, afecta su nota.
- Al finalizar deberán presentar un informe final y someterse a los requerimientos estipulados. El practicante será evaluado según su actuación durante el transcurso de la práctica, tanto por la Universidad como por las autoridades del centro donde la realizó.
- Es importante resaltar que la evaluación tomará en cuenta tanto aspectos teóricos y de aplicación de los contenidos en la práctica directamente, así como su actitud profesional y su ética en el manejo de los casos, indispensables para un profesional de la psicología y consejería.

Calendarización Anual:

Enero
Entrega de programa, explicación de procedimientos y registros.
Explicación de hojas de registro de procesos y Perfil Institucional.
Febrero
Entrega de autorización escrita de centros de práctica. Reforzamiento de temas de evaluación, diagnóstico e intervención.
Primera parte: presentación de caso 1
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 2
Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Marzo
Primera parte: Presentación de caso 3 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mes de febrero
Primera parte: Presentación de caso 4 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2 Entrega Perfil Institucional
Primera parte: presentación de caso 5 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: presentación de caso 6 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Abril
Primera parte: Presentación de casos 7 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1 Entrega informe mensual marzo
Primera parte: Presentación de casos 8 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de casos 9 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de casos 10 Segunda parte: supervisión de casos Grupo 2
Mayo
Cierre de primera fase. Autoevaluación Entrega informe mensual abril
Junio
Primera parte: Consideraciones generales y entrega de Memo Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 11 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Julio
Primera parte: Presentación de caso 12 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual mayo
Primera parte: Presentación de caso 13 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 14 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 15 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Agosto
Primera parte: Presentación de caso 16

Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1 Entrega de informe mensual junio
Primera parte: Presentación de caso 17 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 18 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Primera parte: Presentación de caso 19 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2
Primera parte: Presentación de caso 20 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Septiembre
Primera parte: Presentación de caso 21 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 2 Entrega de informe mensual Julio
Primera parte: Presentación de caso 22 Segunda parte: Supervisión de casos Grupo 1
Octubre
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 1
Primera Entrega y revisión de Informe Final Grupo 2
Noviembre
Entrega de informes finales.

Bibliografía:

- Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-DSMIV-TR. Editorial Masson. México
- Psicología Anormal. Barlow D. Y Durand. M.. Thomson Learning. "a. edición México
- Manual de Psicopatología, Belloch A. , Sandin B.& Ramos, F. McGraw Hill, primera edición, México
- Psiquiatría Clínica Moderna. Kolb, L. Prensa Médica Mexicana
- La Patología Mental y su Terapéutica. De la Fuente Ramón. Fondo de Cultura Económico
- La Entrevista Psiquiátrica. Harry Stack Sullivan. Edit. Psique
- Psicoterapia Grupal. José de Jesús González Nuñez. Manual Moderno
- Psicoterapia breve y de Emergencia. Bellak y Small. Edit. Pax
- Terapia Centrada en el Cliente. Carl Rogers
- Terapia Racional Emotiva. Ellis
- El Psicodrama. Moreno
- CRAIG, GRACE. Desarrollo Psicológico. Prentice Hall
- DORCH, F. Diccionario de Psicología. Herder
- AGUILAR, GUIDO, DE LEBL, BLANCA G., RECINOS. conductas problema en el niño anormal. Editorial Trillas
- COLLINS, GARY. Consejería Cristiana efectiva. Editorial Portavoz
- M. JACOBS. Esa Voz Interior.. Editorial Clie