



**Universidad**  
Zaragoza

---

## **Trabajo Fin de Grado**

---

Prevención e intervención del Trastorno de  
Ansiedad por Separación en las aulas

Patricia Sánchez Sanz

Adriana Marqueta Baile

Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Campus de Huesca.

2014

## Índice

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4- 25</b>
<b>1.1Concepto de ansiedad.....</b>	<b>4-7</b>
<b>1.2 Clasificación de los tipos de ansiedad.....</b>	<b>7- 17</b>
<i>1.2.1 Fobia específica .....</i>	<i>9-10</i>
<i>1.2.2 Fobia social .....</i>	<i>10-11</i>
<i>1.2.3 Fobia escolar .....</i>	<i>12-13</i>
<i>1.2.4 TAS .....</i>	<i>13-14</i>
<i>1.2.5 Trastorno de ansiedad generalizada .....</i>	<i>15</i>
<i>1.2.6 Trastorno obsesivo compulsivo .....</i>	<i>15-16</i>
<i>1.2.7 Trastorno de estrés post-traumático .....</i>	<i>16-17</i>
<b>1.3 Epidemiología.....</b>	<b>17-19</b>
<b>1.4 Etiología.....</b>	<b>19-20</b>
<b>1.5 Factores de riesgo y protección.....</b>	<b>20-21</b>
<b>1.6 Teorías sobre las causas y tratamientos de la ansiedad .....</b>	<b>21-23</b>
<b>1.7 Justificación.....</b>	<b>23-25</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>26</b>
<b>3. METODOLOGÍA.....</b>	<b>27</b>
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>28-52</b>
<b>4.1 Factores asociados al origen del TAS .....</b>	<b>28-29</b>
<b>4.2 Factores asociados al mantenimiento del TAS .....</b>	<b>30</b>
<b>4.3 Detección del TAS .....</b>	<b>30-32</b>
<b>4.4 Principales instrumentos de evaluación de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia.....</b>	<b>32-33</b>
<b>4.5 Diagnóstico del TAS.....</b>	<b>34-37</b>
<i>4.5.1 Diagnóstico diferencial .....</i>	<i>35-37</i>

<b>4.6 Tratamiento del TAS en la escuela .....</b>	<b>37-44</b>
4.6.1 <i>Pautas generales para el tratamiento del TAS en la escuela .....</i>	37-38
4.6.2 <i>Estrategias para el tratamiento del TAS en la escuela .....</i>	38-44
<b>4.7 Prevención de los trastornos de ansiedad en la escuela .....</b>	<b>44-52</b>
4.7.1 <i>Programas educativos basados en la Inteligencia Emocional .....</i>	45-50
4.7.2 <i>Enfoques educativos para la prevención del TAS en la escuela .....</i>	50-51
4.7.3 <i>Metodología para la prevención del TAS en la escuela .....</i>	51-52
<b>5. DISCUSIÓN Y REFLEXIÓN.....</b>	<b>53-56</b>
<b>6. BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>61-63</b>

## **Prevención e intervención del Trastorno de ansiedad por separación en el aula**

- Elaborado por Patricia Sánchez Sanz
- Dirigido por Adriana Marqueta Baile.
- Depositado para su defensa el 11de Junio de 2014.

### **Resumen**

Los trastornos de ansiedad en la infancia son cada vez más frecuentes y predicen un riesgo de presentar, posteriormente, trastornos ansiosos o depresivos. Por ello, la detección temprana en la infancia, así como el uso de las técnicas de diagnóstico y tratamiento adecuadas, son fundamentales para la mejora de estos cuadros clínicos. Los docentes, cuya función consiste en la detección e intervención de trastornos psicopatológicos, deben establecer un feed-back con el contexto familiar con el fin de perseguir objetivos comunes. Además, las medidas de prevención de este tipo de trastornos, mediante el desarrollo de la inteligencia emocional que ofrecen diversos programas actuales, mejoran el rendimiento escolar, la autoestima, la tolerancia a la frustración y la autonomía personal, a la vez que eliminan la tensión y el estrés provocados por diversos factores. Por tanto, el objetivo principal de este trabajo consiste en investigar sobre las principales técnicas de manejo e intervención en el aula de los síntomas de los trastornos de ansiedad, especialmente el TAS y la Fobia escolar, y proponer técnicas preventivas de éstos.

### **Palabras clave**

Trastorno de ansiedad por separación, detección, intervención, prevención, infancia, aula.

## INTRODUCCIÓN

### 1.1 Concepto de ansiedad

La *ansiedad* es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas, que prepara al organismo para reaccionar ante una situación de peligro. Si esta ansiedad remite a estímulos específicos, se habla propiamente del miedo. De hecho, la mayoría de los niños experimentan muchos temores leves que son transitorios, están asociados a una determinada edad y se superan espontáneamente en el curso del desarrollo. (*Sierra, J, 2003*)

El *miedo* constituye un primitivo sistema de alarma que ayuda al niño a evitar situaciones potencialmente peligrosas; el dolor, en cambio, advierte de un daño inmediato. El miedo a la separación es la primera línea de defensa; si se rompe ésta, entran en acción los miedos a los animales y a los daños físicos. Por último, el dolor, advierte de un inminente peligro físico. (*Stewart Agras, W. 1989*).

Desde esta perspectiva, los miedos son respuestas instintivas y universales, sin aprendizaje previo, que tienen por objetivo proteger a los niños de diferentes peligros. Según *Gray (1971)*, los miedos innatos se pueden agrupar en cinco categorías generales:

- Miedo a los estímulos intensos, como ruidos o dolores.
- Miedo a los estímulos desconocidos, como por ejemplo, el temor a las personas extrañas.
- Miedo a la ausencia de estímulos. La oscuridad forma parte de estos miedos.
- Miedo a los estímulos que han sido potencialmente peligrosos para la especie humana en el transcurso del tiempo, como la separación, las alturas y las serpientes u otros animales.
- Miedo a las interacciones sociales con desconocidos.

No obstante, la universalidad de estos temores ha comenzado a ser puesta en entredicho, al menos parcialmente. El miedo a las personas extrañas, que aparece en torno a los 6-8 meses de edad está, de hecho, modulado por la experiencia. Ya en los 30, y pese a lo que tiende a considerarse como indiscutible, el 50 por ciento de los niños de

todos los grupos de edad estudiados por *Gessel y Thompson (1934)* no experimentaban esta reacción.

Este temor tiende a aparecer con menos frecuencia si el contacto con la persona extraña se hace gradualmente y no es de corta duración. De este modo, se facilita la adaptación del niño a la nueva situación que, como es bien sabido, depende entre otras circunstancias del tiempo transcurrido. Asimismo, la exposición anterior del bebé a otros desconocidos y el contexto de la situación desempeñan un papel importante en la no aparición de la respuesta de miedo de la conducta imaginable del extraño. Cabe destacar que el temor suscitado suele ser menor si el desconocido es una mujer o un niño (*Toro, 1986*).

Desde esta perspectiva evolutiva, el niño de 0-1 años suele responder con llanto a los estímulos intensos y desconocidos, así como cuando cree encontrarse desamparado. El lloro es la respuesta de adaptación que sirve para alertar a la madre ante el peligro que acecha el bebé.

En los niños de 2-4 años aparece el temor a los animales, que puede persistir más allá de la primera edad.

A la edad de 4-6 años surge el temor a la oscuridad, a las catástrofes y a los seres imaginarios (brujas, fantasmas...), así como el contagio emocional del miedo experimentado por otras personas y la preocupación por la desaprobación social.

A medida que el niño crece y desarrolla la capacidad de recordar el pasado y prever el futuro, sus miedos van formulándose cada vez en términos de peligros imaginarios o de desgracias que no le atañan directamente pero le pueden repercutir en un futuro. Por ello, entre los 6-9 años pueden aparecer los temores al daño físico o al ridículo por la ausencia de habilidades escolares deportivas.

Ya en el periodo de la pre-pubertad, los niños de 9-12 años pueden experimentar el miedo a la posibilidad de catástrofes, incendios o accidentes; temor a contraer enfermedades graves; y miedos más significativos emocionalmente, como el temor a conflictos graves entre los padres, al mal rendimiento escolar o, en ambientes de violencia familiar, el miedo a palizas o discusiones. (*Wenar, 1990*).

Por último, entre los adolescentes de 14-18 años, tienden a surgir los temores más relacionados con la autoestima personal (capacidad intelectual, aspecto físico, temor al fracaso...) y con las relaciones interpersonales.

A continuación, se puede observar una tabla que muestra los miedos más frecuentes en la infancia y adolescencia, teniendo en cuenta su edad de aparición.

Tabla 1. *Los miedos más frecuentes en la infancia y adolescencia.*

EDAD	MIEDOS MÁS FRECUENTES
0-1 años	Estímulos intensos y desconocidos Personas extrañas
2-4 años	Animales. Tormentas.
4-6 años	Oscuridad. Brujas y fantasmas. Catástrofes. Separación de los padres
6-9 años	Daño físico. Ridículo
9-12 años	Accidentes y enfermedades. Mal rendimiento escolar. Conflicto entre los padres.
12-16 años	Relaciones interpersonales. Pérdida de autoestima.

Estos miedos son muy frecuentes y pueden afectar hasta al 40-45% de los niños. Aparecen sin razones aparentes, están sujetos a un ciclo evolutivo y desaparecen (o se atenúan considerablemente) con el transcurso del tiempo, a excepción del miedo a los extraños (miedo social), que puede subsistir en la vida adulta en forma de timidez. Por el contrario, los miedos en los adultos son mucho más estables. (Méndez, F. 2001)

La madurez emocional, que supone el desarrollo de nuevas capacidades cognitivas y motrices, y las diferentes experiencias de aprendizaje, parecen ser las responsables de este cambio en la orientación y desaparición de los miedos. Los niños deficientes o autistas, por el contrario, padecen numerosos miedos que suelen ocupar períodos más largos, probablemente como consecuencia de las deficiencias en el proceso madurativo.

Así pues, se puede afirmar que la mayoría de los infantes experimentan miedos universales leves, transitorios y asociados, a una determinada edad que superan espontáneamente en el curso del desarrollo. Estos temores constituyen un sistema de alarma que protege al niño de situaciones peligrosas. (*Moreno, 1992*)

Las fobias, por el contrario, son miedos desproporcionados, no son específicas de una edad, son de larga duración, están más allá del control voluntario e interfieren negativamente en la vida cotidiana del niño, por lo que la intensidad del miedo involucra una importante dosis de sufrimiento. (*Miller, 1974*)

## 1.2 Clasificación de los tipos de ansiedad

Los *trastornos de ansiedad* son un grupo de entidades nosológicas psiquiátricas que pueden presentarse en todas las etapas del desarrollo (niño, adolescente, adulto), pero que adquieren una importancia fundamental en la niñez. (*Vindel, C..1989*) Es un problema de salud mental que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o le incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos.

El mayor conocimiento de los trastornos de ansiedad en la vida adulta, así como el hecho de que muchos de ellos interfieran en la infancia, ha traído consigo un interés creciente por delimitar los trastornos de ansiedad en las primeras etapas.

Según el DSM-IV-TR (*American Psychiatric Association, 2000*), hay una cierta continuidad entre los trastornos de la vida adulta y los de la niñez. Existen tres trastornos de ansiedad que se pueden dar en la infancia y en la adolescencia: el primero de ellos, la ansiedad por separación, es el único trastorno de ansiedad característico de la infancia y en la adolescencia, y los dos restantes (la fobia social y el trastorno de ansiedad) comparten el diagnóstico con los trastornos de ansiedad en la vida adulta. En los dos primeros (la ansiedad por separación y la fobia social), la ansiedad está asociada a situaciones concretas; el tercero (trastorno de ansiedad generalizada), la ansiedad es inespecífica y surge, por ello, ante situaciones muy variadas.

No obstante, esta clasificación resulta un poco limitativa ya que, aunque actualmente aparece descrita la fobia social en el DSM-IV-TR, no figuran especificados el resto de fobias infantiles, las cuales desempeñan un papel muy importante en la clínica infantil. En concreto, resulta sorprendente la exclusión de esta clasificación de la fobia escolar- relacionada con la ansiedad por separación- que constituye el trastorno de ansiedad más significativo a estas edades (*Toro, 1986*).

Pese a esta limitada clasificación, a continuación se muestra una clasificación más amplia, cuyas novedades principales son la incorporación de algunos trastornos de ansiedad propios de los adultos (como el trastorno de ansiedad generalizada), así como un apartado de trastornos fóbicos por su significación en la clínica infantil. Además, la fobia social se incluye en este apartado, ya que puede manifestarse en la infancia y adolescencia en forma de timidez excesiva, diferenciándola de la ansiedad por separación, considerada como un problema clínico distinto. Sin embargo, figura un trastorno mixto de ansiedad y depresión, el cual no se encuentra muy precisado psicopatológicamente.

Tabla 2. *Clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia*

<b>CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA INFANCIA</b>
<i>Trastornos fóbicos</i> Fobias específicas Fobia escolar Fobia social
<i>Trastornos de ansiedad sin evitación fóbica</i> Ansiedad por separación Trastorno de ansiedad generalizada
<i>Otros trastornos de ansiedad</i> Trastorno obsesivo-compulsivo Trastorno de estrés postraumático Trastorno mixto de ansiedad y depresión

No obstante, existen numerosas clasificaciones de los trastornos de ansiedad como la que se muestra en la siguiente tabla, en la que se tienen en cuenta sus criterios de normalidad, temporales, de responsabilidad y el DSM IV-TR.

Tabla 3. *Tipos de ansiedad según diversos criterios.*

CRITERIO	FORMA
Según criterio de <i>normalidad</i>	Normal Patológica
Criterio <i>temporal</i>	Aguda Crónica
Criterio de <i>responsabilidad</i>	Ansiedad estado Ansiedad rasgo
Según el <i>DSM IV- TR</i>	Trastornos de ansiedad y fobias

A continuación, se muestra un breve resumen sobre los diferentes trastornos de ansiedad, incidiendo en los que tienen más repercusión en la etapa infantil y teniendo en cuenta sus características principales, causas, consecuencias y comorbilidad.

#### 1.2.1 *Fobia específica*

La fobia específica se refiere al temor persistente y focalizado en situaciones u objetos específicos como animales, alturas, truenos, etc. Puede ser diferenciada de los miedos o temores, con base en su persistencia, nivel de incapacidad o restricción que produce y su magnitud. También puede darse el reconocimiento de que el temor es desproporcionado para el grado de amenaza que hay realmente involucrado en la situación o estímulo fóbico. (Donaire, P. 2012)

Algunas de las causas más comunes son:

- Sangre, inyecciones y otros procedimientos médicos
- Ciertos animales
- Espacios cerrados

- Volar
- Lugares altos
- Relámpagos

La exposición al estímulo fóbico provoca inevitablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que varía en relación con la naturaleza y complejidad del estímulo fóbico. En ocasiones puede llegar a desencadenarse un miedo tan intenso que genera un episodio de pánico. También hay reporte de sentimientos de pérdida de control, tensión extrema o carácter obsesivo dificultades de concentración o sudoración. Las respuestas pueden tomar la forma de llanto, berrinches, quejas, ayudas, abrazos y la evitación, la cual es una característica muy generalizada en los niños.

La mayor parte de las personas que padecen este trastorno no presentan ningún trastorno comórbido. No obstante, algunos diagnósticos relacionan la *fobia específica* con el *Trastorno de Ansiedad Generalizado o la fobia social*.

#### 1.2.2 *Fobia social*

El *DSM-III* define la fobia social como un marcado miedo a situaciones en las que la persona puede actuar de modo embarazoso, ridículo o humillante delante de otros, o a que se noten sus síntomas de ansiedad. Es decir, se trata de situaciones en la que la persona cree que puede ser evaluada u observada por los demás, con independencia de que esto sea así realmente o no.

Sus principales causas son las siguientes:

- Padres sobreprotectores u oportunidades sociales limitadas.
- Asistir a fiestas y otras reuniones sociales
- Comer, beber y escribir en público
- Conocer nuevas personas
- Hablar en público
- Utilizar los baños públicos

Se presenta la evitación de las situaciones temidas y la búsqueda de personas adultas para interactuar con ellas, debido a la tolerancia y aceptación hacia los menores. En el caso en que la evitación no sea posible, el niño experimenta niveles intensos de ansiedad tales que pueden llegar a presentar un episodio de pánico. También es frecuente la ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de verse expuesto a las situaciones sociales. La ansiedad puede estar circunscrita a situaciones específicas, pero también puede ser generalizada a todas ellas. Dicha ansiedad puede manifestarse a través de llanto, berrinches, inhibición o retraimiento en las situaciones sociales fuera del marco familiar, tartamudez o mutismo entre otros.

Las personas que padecen fobia social están en alto riesgo de caer en la drogodependencia y el alcoholismo, dado que pueden llegar a confiar en la bebida y las drogas para relajarse en situaciones sociales. (Antona, C. 2009)

Es muy difícil encontrar pacientes con fobia social exclusivamente, debido a que normalmente presentan otros trastornos como *ansiedad generalizada, fobias específicas, trastornos afectivos, ataques de pánico, trastorno obsesivo compulsivo y abuso de sustancias entre otros.* (Turner y cols. 1991, Schéier y col 1992).

Boer y col (2001) mencionan que aproximadamente un 80% de los pacientes con fobia social cumplen con criterios diagnósticos para una condición comórbida y que, entre los más frecuentes, se encuentran los *trastornos de ansiedad y depresión.*

Existen numerosas técnicas para tratar la fobia social dependiendo de la gravedad de ésta. Algunas de ellas son la terapia cognitiva conductual y la desensibilización sistemática, las cuales albergan el tratamiento de numerosos trastornos de ansiedad, y el entrenamiento en destrezas sociales, centrado en eliminar la fobia social. El *entrenamiento en destrezas sociales* puede involucrar contacto social en una situación de terapia de grupo para practicar dichas destrezas. El juego de roles y modelos a seguir son técnicas que se utilizan para ayudarle a sentirse más cómodo relacionándose con los demás en una situación social. (Casas, A. 2009).

### 1.2.3 *Fobia escolar*

La fobia escolar se caracteriza por el rechazo prolongado que un niño experimenta al acudir a la escuela por algún tipo de miedo relacionado con la situación escolar. (*Caballo, V. 2005*)

Existen algunos factores predisponentes de la fobia escolar con la existencia de trastornos de ansiedad o de depresión entre los padres, que dificultan el aprendizaje de estrategias adecuadas de afrontamiento por parte del niño. Entre los factores facilitadores de la fobia escolar se encuentran dos tipos de variables (*Ollendick y Mayer, 1984*). Los factores relacionados con la escolaridad, como el temor a un profesor, un mal rendimiento escolar, dificultades en las relaciones sociales con los compañeros...pueden ser factores predisponentes de padecer este tipo de fobias. Por otra parte, los sucesos vitales negativos, como una enfermedad prolongada, la separación de los padres, el fallecimiento de alguno de ellos, etc. también inciden negativamente. (*Caballo, V. 2005*)

Desde la perspectiva clínica, la fobia a la escuela viene precedida o acompañada habitualmente de síntomas físicos de ansiedad (taquicardia, pérdida de apetito, dolor abdominal...), de una anticipación cognitiva de consecuencias negativas asociadas a la escuela (temor al castigo de los profesores, evaluación académica...) y de la relación dependiente con la madre y la proliferación de temores inespecíficos (a la oscuridad, ruidos...).

La fobia comienza a manifestarse en forma de quejas más o menos vagas y trae como consecuencia una actitud de desgana a la hora de ir al colegio. Esta detinción gradual surge en presencia de ciertos estímulos discriminativos, como los lunes, la vuelta de vacaciones, el cambio de clase... y puede evolucionar hacia una negativa rotunda a acudir a la escuela. (*Gregory L. et al, 2012*). Cuando el niño emite y repite estos síntomas durante al menos 6 meses, precisará una atención especial e incluso terapia para evitar posibles repercusiones en sus estudios y en la realización de sus tareas escolares. (*Echeburua, 1998*)

Los niños, a diferencia de los adultos, no reconocen la situación como irracional.

La fobia escolar está asociada a otros trastornos clínicos, como la depresión o la baja autoestima. Es un fenómeno complejo que puede denotar la existencia de una *fobia específica* (temor a ser herido en los juegos de recreo), de una *fobia social* (temor a ser ridiculizado), de un *trastorno obsesivo-compulsivo* (temor a ser ensuciado) o de una *ansiedad por separación*.

Antes de cualquier tratamiento psicológico, es recomendable acudir al pediatra para que descarte que dichos síntomas no estén relacionados con algún problema fisiológico. Cuando se ha descartado la existencia de problemas de salud, será el psicólogo el encargado de diagnosticar y tratar la fobia escolar en base a unos parámetros específicos. (Carrasco, I. 2010)

#### 1.2.4 *Trastorno de ansiedad por separación*

Este trastorno se caracteriza por una ansiedad excesiva cuando la persona no está acompañada por las principales personas de apego, como sus padres o cuidadores, llegando a ser incapaz de quedarse solo, ir a la escuela o a algún otro lugar sin compañía, pues teme que ocurra algo catastrófico como un secuestro o un accidente grave. (Ollendick y Huntzinger, 1991)

Puede ser observado desde los seis meses y persiste en grados variables hasta el segundo o tercer año de edad. Cuando el infante llega a desarrollar una relación segura de apego, es menos probable que se desarrolle la ansiedad, mientras que cuando se establecen relaciones de apego pocas seguras se da la situación opuesta. (Gregory, L. et al 2012).

El desarrollo del apego se da simultáneo tanto a la búsqueda de consuelo y protección de las figuras primarias de vinculación, como a la demostración de aprehensión al anticipar separaciones y a la demostración clara de malestar cuando éstas suceden. (Pacheco, B & Ventura T. 2009)

La alteración provoca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, o de otras áreas importantes de la actividad del niño y adolescente e incluye comportamientos tales como el llanto, colgarse o aferrarse.

Existen diversos factores comórbidos del Trastorno de ansiedad por separación como el *Trastorno de ansiedad excesiva o generalizada* (en el TAS la ansiedad se relaciona sólo con las situaciones que suponen separación de la figura de apego. No obstante hay comorbilidad en el 20-30% de casos), las *fobias simples o específicas* (insectos, oscuridad, etc. que a menudo se asocian al TAS pero en éste el cuadro clínico es más variado e incapacitante para su vida diaria), la *fobia social* (en el TAS la ansiedad se relaciona con la separación de figuras de apego y no con la exposición a la valoración ajena), la *depresión mayor* (aunque las cifras de comorbilidad son altas, el TAS suele preceder a la depresión y es rara la intención suicida) y los *trastornos generalizados del desarrollo o trastornos psicóticos* (la ansiedad por separación en estos trastornos es un síntoma accesorio de alteraciones en lenguaje interacción social, ideas delirantes, etc.)

De acuerdo al *DSM-IV* para poder establecer el diagnóstico del TAS debe tenerse en consideración la 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, manifestada por tres o más de las siguientes circunstancias:

- Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.
- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.
- Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante por ejemplo extraviarse o ser secuestrado.
- Resistencia negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
- Resistencia o miedo persistente a estar en casa solo o sin las figuras vinculadas o sin adultos significativos en otros lugares, negativa o resistencia persistente a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o a dormir fuera de casa.
- Pesadillas repetidas con temática de separación.
- Quejas repetidas de síntomas físicos como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos, cuando ocurren o se anticipa la separación respecto de figuras vinculadas de separación.

### 1.2.5 *Trastorno de ansiedad generalizada*

Este trastorno se caracteriza por un estado de preocupación excesiva, de por lo menos seis meses de evolución, acerca de diversos acontecimientos y situaciones que la persona siente que no puede controlar. Es común que aparezca acompañado de otros trastornos, como por ejemplo los trastornos relacionados con el estrés. (Plummer, D. 2013)

Generalmente, la persona que lo padece tiene un historial de ansiedad previo al desarrollo de dicho trastorno. Los contenidos de tal preocupación son aquellos comunes de la vida cotidiana: la salud o seguridad propia o de miembros de la familia, el futuro, la economía, el rendimiento laboral o lograr cumplir a tiempo con diversas obligaciones. (Caballo, V. 2005)

Las consecuencias que se dan se basan en dificultades en el sueño, tensión o contracturas musculares (movimientos nerviosos), irritabilidad, inquietud o impaciencia, dificultad para concentrarse y relajarse y cansancio fácil y frecuente.

De acuerdo con los datos actuales, el TAG no debería considerarse independiente del TDM (*trastorno depresivo mayor*). Se estima que la ansiedad generalizada lo precede de un modo secuencial.

### 1.2.6 *Trastorno obsesivo-compulsivo*

Este trastorno se basa en la presencia de dos síntomas específicos: obsesiones y compulsiones.

Según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* las *obsesiones* se definen por pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados y causan ansiedad o malestar significativos. Estos pensamientos no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

La persona reconoce que todo es producto de su mente, por lo que intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, o bien neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

Por otra parte, las *compulsiones* se definen por comportamientos como lavados de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones o actos mentales como por ejemplo rezar, contar o repetir palabras en silencio de carácter repetitivo que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente. El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos. Sin embargo, estos comportamientos o bien no están conectados en forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

Se sabe que hay factores genéticos importantes que se implican en el desarrollo de este trastorno, pero el modo de transmisión es todavía desconocido.

Existen alteraciones a nivel del lóbulo frontal del cerebro, en el procesamiento de la información y en sustancias como la serotonina que también podrían estar implicadas como causas del trastorno obsesivo compulsivo. (García, J.A. 2007) Además, en muchos casos existe un acontecimiento que puede actuar como factor desencadenante del TOC como enfermedades, problemas de pareja, el fallecimiento de un ser querido, etc. También puede tener un papel importante en su aparición la educación recibida en la infancia. (García, J.A. 2007)

Sus consecuencias se basan en un intenso malestar, una gran pérdida de tiempo en su realización y una interferencia significativa en la rutina habitual, así como dificultades en las relaciones académicas y sociales.

Es muy poco probable que el TOC se presente de manera pura, ya que existe una gran prevalencia de los trastornos asociados a éste, tales como: *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Trastorno dismórfico corporal, anorexia nerviosa, fobia específica, trastornos afectivos, dependencia de sustancias, hipocondriasis, esquizofrenia o Trastorno de control de los impulsos.*

#### 1.2.7 Trastorno de estrés post- traumático

Este trastorno se produce debido a un acontecimiento en la vida del sujeto, una

experiencia vivida que aporta, en muy poco tiempo, un aumento tan grande de excitación a la vida psíquica, que fracasa toda posibilidad de elaboración. El sujeto no tiene la capacidad de controlarla y eso origina trastornos duraderos.

Estos acontecimientos son extremadamente traumáticos, y pueden involucrar un daño físico o una naturaleza amenazadora para el individuo. (Puchol, D. 2001)

El Trastorno de estrés post-traumático se debe a la severa reacción emocional a un trauma psicológico extremo. El factor estresante puede involucrar la muerte de alguien, alguna amenaza a la vida del paciente o de alguien más, un grave daño físico o algún otro tipo de amenaza a la integridad física o psicológica, a un grado tal que las defensas mentales de la persona no pueden asimilarlo.

Si una madre o un padre es afectado, el TEPT puede causar consecuencias negativas para la relación padres-hijo y el desarrollo del niño. (Puchol, D. 2001)

Quienes sufren TEPT, reviven involuntariamente aspectos del suceso traumático de un modo muy vívido y perturbador. Esto incluye flashbacks en los que la persona actúa o se siente como si el hecho estuviese ocurriendo de nuevo; pesadillas e imágenes perturbadoras intrusivas y repetitivas, u otras impresiones sensoriales del suceso.

En niños, revivir los síntomas puede llevar la forma de representar la experiencia, juego repetitivo o sueños atemorizantes sin contenido reconocible. (Puchol, D. 2001)

Existe un considerable grado de comorbilidad entre el *Trastorno de estrés post-traumático y la depresión*.

### 1.3 Epidemiología

Los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad en la infancia son muy poco precisos, en parte por la ausencia de criterios clasificatorios. Éstos, llevados a cabo con muestras comunitarias procedentes de diversos países, coinciden en señalar los trastornos de ansiedad como los problemas psicopatológicos más diagnosticados en la infancia y adolescencia y los que suscitan mayor demanda asistencial en los Servicios de Salud Mental. El índice de prevalencia general para estos trastornos se sitúa alrededor del 18 por 100 (Kashani y Orvaschel, 1990). Asimismo, en el estudio epidemiológico de la isla de Wight (Rutterm Tizard y Whitmore, 1970), llevado a cabo

con una muestra de 2.193 niños de 10-11 años, el 2'5 por 100 presentaba trastornos neuróticos, es decir, trastornos de ansiedad y, en menor medida, depresión. Este tipo de trastornos suponía el 37 por 100 de toda la morbilidad psiquiátrica de este grupo de edad.

El predominio femenino de los trastornos de ansiedad existente no está acentuado en la infancia como en la vida adulta. Este cambio de distribución sexual tiene lugar en la adolescencia por razones aún desconocidas (*Marks, 1981*).

Los trastornos fóbicos son difíciles de delimitar por la confusión conceptual entre fobias y miedos. Si bien los miedos en la infancia son muy frecuentes (en torno al 40-45 por 100 de la población), las fobias propiamente dichas afectan a un 5-8 por 100 de la población infantil. (*Echeburua, E & Corral, P. 2009*)

La tasa de prevalencia de las fobias específicas se sitúa en torno al 2,4 por 100 de la población infantil y adolescente (*Anderson Williams, McGee y Silva, 1987*). En el caso de la fobia escolar es muy variable, según los diversos estudios recogidos por *Strauss y Francis (1989)*, y puede oscilar entre el 0,4-7,6 por 100 de la población escolarizada. Los miedos intensos al colegio, en un momento u otro del desarrollo evolutivo, son frecuentes, pero el rechazo a la escuela (la negativa radical a ir al colegio) lo es mucho más. La fobia escolar, en sentido estricto y con criterios más realistas, puede afectar al 1 por 100 de la población infantil tratada en la clínica. (*Echeburua, E. & Corral, P. 2009*)

Dentro de los trastornos de ansiedad sin evitación fóbica, la ansiedad por separación, puede afectar a un 4 por 100 de la población infantil (*Ayuso, Alfonso, Rivera y Galletero, 1988*). Se observa una mayor incidencia de este trastorno en el sexo femenino; la edad media de los niños que lo padecen es en torno a los 9 años. A su vez, el trastorno de ansiedad generalizada es el más frecuente en la infancia seguido del de ansiedad por separación, con una prevalencia del 3 por 100 (*APA, 2000*). La edad media de los niños que lo padecen es de 13 años, y su incidencia es similar en ambos sexos (*Rodríguez de Kissack y Martínez-León, 2001*). Por otra parte, el trastorno obsesivo-compulsivo como tal es poco frecuente en la infancia y puede oscilar entre el 0,7 por 100 de la población infantil y el 1,2 por 100 de los niños vistos en clínica (*Bragado, Solano y Crespo, 1990*). No obstante, un tercio de los adultos aquejados por este trastorno refieren haber experimentado los primeros síntomas antes de los 15 años.

De este modo, el trastorno puede ser poco frecuente en la infancia, pero los síntomas aislados lo son mucho más (Benjumea, 1995; Marks, 1987; Sandín, 1997).

En resumen, los estudios epidemiológicos sobre los trastornos de ansiedad son muy limitados. Incluso sobre algunos cuadros clínicos, como la fobia social infantil, prácticamente no hay datos contrastados. Con esta realidad es difícil planificar unos dispositivos asistenciales, así como predecir el curso de estos problemas, identificar riesgos asociados y adoptar medidas preventivas oportunas (Bragado, 1993).

### 1.3 Etiología

Las emociones producidas por la ansiedad, así como la percepción y la acción, están controladas por circuitos neuronales del encéfalo. En el caso específico de la angustia, su experiencia incluye un *componente cognoscitivo, respuestas autonómicas, endocrinas y esqueleto-motoras y representaciones subjetivas del estado emocional.* (Valiente, Sandín, 2003)

La sexualidad y la agresividad son dos causas muy prevalecientes de los trastornos de ansiedad. Sin embargo, muchos pacientes se pueden sentir extrañados frente al hecho de que la ansiedad surja precisamente cuando se encuentran más felices y han conseguido un logro deseado. Otros en cambio culpan de su estado al abandono de un ser amado, la mala suerte en los negocios, la soledad, un medio ambiente adverso o el fracaso de un proyecto. Estas quejas manifiestas son la expresión inconsciente de situaciones traumáticas de separación en las etapas iniciales de la vida, cuando el desarrollo psicológico es incompleto, y el sujeto no cuenta con elementos suficientes para defenderse del temor a perder la vida o ser aniquilado por peligros supuestos o reales. (Toro, 2006)

Las personas afectadas por la ansiedad han sobregeneralizado sus temores y aprendido, por imitación, a responder ansiosamente. La imitación proviene de respuestas semejantes de sus padres, cuidadores o figuras importantes. En consecuencia, las respuestas de los ansiosos son valoraciones que exceden la peligrosidad de las situaciones, y subestiman sus propias habilidades para enfrentar esas amenazas. (Bragado & García-Vera, 1998)

Además, algunos componentes genéticos contribuyen al desarrollo de los trastornos de ansiedad debido a que:

- Casi la mitad de todos los pacientes de trastornos de angustia tienen al menos un familiar afectado.
- Las investigaciones sugieren que existen factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden tener un papel predisponente en el desarrollo de este trastorno.
- Los factores biológicos tienen que ver con la probable disfunción de diferentes sistemas de neurotransmisores, principalmente el de la dopamina y la serotonina, los cuales se sabe que regulan el estado de ánimo y el comportamiento.

La presencia de eventos traumáticos en la vida de una persona la puede hacer vulnerable a los trastornos de ansiedad. La manera de ser de los padres, su forma de crianza y el ambiente familiar y cultural son factores que pueden influir para que una persona sea propensa a desarrollar trastornos de ansiedad. (Toro, 2006)

### **1.5 Factores contribuyentes a padecer trastornos de ansiedad en la infancia**

Los trastornos de ansiedad al igual que la mayoría de las alteraciones psiquiátricas representan condiciones complejas. Esto significa que las alteraciones resultan de interacciones entre múltiples factores de riesgo y predisposiciones subyacentes. (Echeburúa E. & Corral P. 2009).

Se debe contemplar el manejo de los factores predisponentes para el desarrollo de los trastornos de ansiedad. A continuación se muestran dichos factores:

Los *factores personales* son aquellos que incluyen el temperamento incluyendo la conciencia, la habilidad emocional, vulnerabilidad, y sus fortalezas, coeficiente intelectual, dificultad en las relaciones sociales y situaciones de abuso emocional. Además comprende factores como la depresión, enfermedades e intervenciones quirúrgicas, muerte de amigos o parientes, dificultades escolares como problemas con el grupo de iguales, académicos o limitaciones cognitivas, la menstruación, baja autoestima, diversas situaciones de miedo o peligro imaginario, ataques o experiencias sexuales, accidentes o experiencias traumáticas específicas como el Trastorno de estrés post-traumático. (Lemos, S. 2003).

Los *factores familiares* engloban antecedentes de síntomas y trastornos de ansiedad, comunicación verbal limitada de los aspectos emocionales, problemas intrafamiliares. La sintomatología depresiva en la madre, así como al presencia de ansiedad de tipo fóbico en el padre es un factor de riesgo estadísticamente significativo para el desarrollo de trastornos de ansiedad en el niño. Con respecto al estilo educativo cabe destacar que a menor calor emocional de la madre, existe un mayor riesgo de padecer algún trastorno de ansiedad. Asimismo, las manifestaciones enmarcadas en la dimensión de psicoticismo también se han relacionado significativamente con la presencia de este tipo de rasgos actúa como un factor protector de psicopatología ansiosa. (Lemos, S. 2003)

Los *factores sociales* involucran al niño, ya que es un individuo que debe actuar dependiendo de la sociedad en la que está inmerso.

Los *factores psiquiátricos* incluyen el Trastorno bipolar, la depresión y el abuso de sustancias.

Por último, los *factores de mantenimiento* se derivan de dificultades en las relaciones interpersonales y socio-familiares. Estas dificultades se deben a modelos de familias con enfermedades serias, problemas escolares, enfermedad y evitación de conflictos, beneficios secundarios por el padecimiento, y conductas profesionales reforzadoras de ansiedad y del rol de persona enferma. (Lemos, S. 2003)

## 1.6 Teorías sobre las causas y los tratamientos de la ansiedad

Hoy en día, existen cuatro modelos generales sobre las causas y los posibles tratamientos de los trastornos de ansiedad, tanto en la infancia como en la edad adulta. *H.A Westra y S.H.Stewart (1998)* se encargan de analizar dichos modelos, llegando a las siguientes conclusiones:

*El modelo cognitivo* se basa en la idea de que los pensamientos negativos producen ansiedad, es decir, en tres sencillas ideas:

- Las personas se sienten tal y como piensan
- La ansiedad es consecuencia de pensamientos distorsionados e ilógicos.
- Cuando una persona cambia su manera de pensar, podrá cambiar su manera de sentirse.

Por ejemplo, cuando los niños comienzan a sentirse angustiados, preocupados, llenos de pánico, están diciéndose a sí mismos que está a punto de suceder algo terrible. Esto sucede en el TAS, cuando piensan que no van a volver a ver a sus figuras de apego o va a suceder algún acontecimiento catastrófico. Estos pensamientos producen sentimientos de ansiedad y miedo, y estos sentimientos desencadenan pensamientos negativos. (Westra. H. & Stewart S.H. 1998). Algunas de las distorsiones más comunes cuando una persona se siente angustiada son las siguientes:

*La adivinación del porvenir:* Ocurre cuando se tiene el pensamiento de que está a punto de suceder algo terrible.

*La lectura del pensamiento:* Se da por supuesto que los demás lo están juzgando o lo desprecian, aunque no existan pruebas fiables al respecto.

*Magnificación:* Las personas tienden a exagerar el peligro de la situación.

*Razonamiento emocional:* Se razona en función de los sentimientos.

*Autoinculpación o inculpación* de los demás por el mínimo defecto o falta.

*Etiquetaje* de aspectos personales negativos.

La terapia cognitiva ayuda a entender y cambiar los pensamientos que están causando la afección, al igual que a aprender a reconocer y reemplazar los pensamientos que causan pánico. (Westra. H. & Stewart S.H. 1998)

*El modelo de la exposición* se basa en la idea de que la causa de toda ansiedad es la evitación. La técnica opuesta es la “inundación” ya que, en lugar de evitar lo que se teme, uno se expone a lo que teme realmente, inundándose de ansiedad. No se lucha contra la ansiedad ni se intenta controlar, sencillamente consiste en rendirse ante ella. La terapia consiste en la relajación del sujeto y la imaginación de las cosas que le están causando ansiedad, con el fin de realizar una exposición gradual a la situación de la vida real para superar los miedos.

*El modelo de la emoción oculta* se deriva del pensamiento de que la causa de toda ansiedad es la amabilidad. Las personas con tendencia a tener ansiedad son casi siempre personas que quieren agradar a la gente, que temen los conflictos y los sentimientos negativos, como la ira.

Los seres humanos que padecen ansiedad expulsan el problema de su atención porque quieren ser amables y no causar problemas ni trastornos a nadie, por tanto, se encuentran trastornados por algo pero no quieren reconocerlo. El problema oculto no suele ser algo que forme parte del pasado, sino algo muy evidente en el momento actual. Es frecuente que la ansiedad desaparezca cuando se expresen los sentimientos guardados. (*Westra. H. & Stewart S.H. 1998*).

Así pues, las técnicas cognitivas ayudan a desmentir pensamientos y actitudes negativas que hacen sentir a una persona angustiada y deprimida. Las técnicas de exposición ayudan a hacer frente al problema del que se ha estado huyendo. Por último, la técnica de la emoción oculta permite localizar los conflictos y emociones ocultas que se han pasado por alto. (*Westra. H. & Stewart S.H. 1998*)

El *modelo biológico* de los trastornos psicológicos señala que el comportamiento anormal tiene un origen bioquímico o fisiológico. La biología no puede explicar por sí sola la mayoría de ellos, aunque se dispone de evidencia sólida respecto a que los factores genéticos y bioquímicos participan en problemas mentales tan diversos como la esquizofrenia, la depresión y la ansiedad. La ansiedad y la depresión son consecuencia de un desequilibrio químico del cerebro y por lo que el sujeto ingiere medicamentos para corregirlo. El acto de ingerir pastillas se deriva del pensamiento de que si un problema tiene una causa biológica, hay que tratarlo con medicamentos. Por el contrario, si un problema tiene causa psicológica, podemos tratarlo con terapia a través de la comunicación. (*Westra. H. & Stewart S.H. 1998*).

Este modelo tiene como finalidad cambiar la manera de pensar del sujeto, haciendo frente a sus miedos y expresando sus sentimientos, a la vez que ingiere medicamentos.

## 1.7 Justificación

Este trabajo ha sido diseñado debido al aumento que se puede encontrar en las aulas del número de niños que necesitan acudir a consultas médicas y psicológicas con síntomas emocionales que pueden repercutir en el desarrollo general y el desempeño académico de los mismos.

A muchos infantes se les prescriben ansiolíticos, unos medicamentos que tienen por objeto calmar la ansiedad y que durante muchos años han estado reservados a los adultos.

Además, los trastornos de ansiedad repercuten en el rendimiento académico de los niños, ya sea por la presión que sienten o por el comportamiento pasivo que producen los ansiolíticos. Por ello considero que, como docentes, debemos obtener los conocimientos, capacidades y actitudes que se deben poseer para poder hacer frente a este tipo de problemas, así como obtener información sobre las diferentes técnicas de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Este trabajo aporta una nueva visión sobre el concepto de ansiedad, así como de sus estrategias de detección y diagnóstico, de manera que todos los miembros que formen los distintos contextos del infante se hagan partícipes del proceso de mejora y actúen de manera conjunta. De esta manera, el docente podrá trabajar con otros profesionales, intentando superar la ansiedad del niño/a mediante un tratamiento conductual. A su vez, propone programas y estrategias que favorecen la prevención de los trastornos de ansiedad en la infancia en las aulas, con el fin de que los alumnos se consideren personas autónomas, felices y queridas, a la vez que adquieran valores que les conviertan en ciudadanos cívicos capaces de convivir en la sociedad en la que se encuentran inmersos. De esta manera, solamente, cuando la respuesta al tratamiento sea pobre y el niño se resista a aceptar las estrategias terapéuticas debido a sus altos niveles de ansiedad, puede resultar de utilidad el uso de fármacos ansiolíticos.

A nivel personal considero que durante mi periodo universitario no he recibido la información suficiente para abordar este tipo de trastornos. En la mención de “Atención a la diversidad” las asignaturas se han centrado en los distintos trastornos que se pueden ocasionar en la infancia y adolescencia. Sin embargo, los alumnos que hemos llevado a cabo la mención de “Educación Bilingüe” no nos hemos podido enriquecer de esta formación académica. Por tanto, cuando nos propusieron diversos temas para realizar este trabajo consideré oportuno hablar sobre la ansiedad en los niños, ya que solamente tenía una noción general sobre ella.

A lo largo de este trabajo, se va a hablar sobre la ansiedad en general y el TAS y la fobia escolar en particular, trastornos más usuales en la infancia, desarrollando una comprensión sana de la ansiedad y ofreciendo herramientas eficaces que alivien a los infantes sin medicamentos ni largos procesos terapéuticos. De esta manera, atendiendo a los niños que padecen este tipo de problemas, no se disminuirá su calidad de vida de manera significativa.

## 2. OBJETIVOS

El objetivo principal de este trabajo es investigar sobre las principales técnicas de manejo e intervención en el aula de los síntomas de los trastornos de ansiedad, especialmente el TAS y la Fobia escolar, y proponer técnicas de prevención de éstos.

Para ello, es primordial profundizar en las principales causas que pueden provocar los trastornos de ansiedad y las consecuencias que éstos pueden ocasionar en los niños, tanto en las aulas como fuera de ellas, con el fin de detectarlos con la mayor rapidez posible y realizar las derivaciones pertinentes.

### 3. METODOLOGÍA

El presente trabajo es una revisión científica, la cual precisa de documentos bibliográficos provenientes de varias fuentes documentales. Se realizó una búsqueda bibliográfica a comienzos del 2014 en “*google académico*” utilizando diversos descriptores, entre los que destacan: Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia, TAS, métodos de actuación y medidas preventivas. Se seleccionaron aquellos documentos que informasen sobre los aspectos formales de este tipo de trastornos, por lo que primaron los artículos de revisión narrativa, encargados de seleccionar un número determinado de artículos y agrupados, generalmente, por orden de resultados.

La búsqueda de la literatura para elaborar este artículo de revisión se basa en varios tipos de fuentes primarias, es decir, originales que transmiten información directa como artículos originales y secundarias, encargadas de ofrecer descripciones de los documentos primarios como las bases de datos. Las bases de datos son una fuente secundaria de datos homogéneos recuperables actualmente a través de internet. Para la creación de este artículo se han consultado las bases de datos “*Dialnet*”, “*Compludoc*”, “*Medline*”, “*Intramed*”, “*Mecd*” y “*Pudmed*”, las cuales contienen registros o referencias bibliográficas completas, organizados en campos que cubren todos los aspectos de la información y páginas web como “*Apa*”, “*Catedu*”, “*Iacacap*” y “*Redalyc*”.

Los criterios de selección se encuentran determinados por los objetivos de la revisión y por la calidad científica y metodológica de los artículos y las páginas web.

Este trabajo sigue un orden cronológico, es decir, unos criterios de organización, ya que cuenta con una estructura lógica que va introduciendo de forma secuencial y razonable la información. Para ello, inicialmente, se realizó un guión formado por los aspectos fundamentales a tratar de manera que, a medida que se fueran localizando más documentos, la información se fuera incluyendo a éste.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 Factores asociados al origen del TAS

Existen numerosos factores de riesgo si nos referimos al Trastorno de Ansiedad por Separación entre los que destacan:

No haber sido expuesto a una separación paulatina de los padres, quizás por un exceso de *sobreprotección* por diversos motivos: temor de los padres a perder a un hijo, ser hijo único y muy deseado de unos padres mayores, embarazo difícil, pérdida previa de un hijo, problemas previos de esterilidad, insatisfacción marital, etc. Estas situaciones pueden desarrollar fuertes conductas de dependencia reforzadas por ellos, las cuales no ofrecen al niño experiencias de separación y si esta ocurre forzadamente, será probablemente traumática. (*Costello et al., 1988*)

Las *figuras de apego* refuerzan positivamente, de un modo abierto o sutil, las conductas de dependencia y búsqueda de contacto del niño. El no querer separarse de los padres puede ser reforzado negativamente en niños miedosos, si de ese modo evitan los estímulos temidos. (*Velez et al., 1989*). En contra a lo que sucede en la inmensa mayoría de los trastornos psicopatológicos infantiles, la familia de estos niños no se suele caracterizar por las malas relaciones entre sus miembros, al contrario, suele tratarse de familias muy unidas, con fuertes vínculos afectivos entre padres, entre padres e hijos, a veces excesivamente, dentro de una actitud sobreprotectora. (*Kaplan y cols., 1996*). Esta actitud se suele acompañar de innumerables advertencias sobre todo tipo de peligros que pueden facilitar que el niño viva el mundo exterior como una amenaza importante y real, tanto para él como para sus padres. Además, uno de los padres puede estar vinculado al niño mediante un tipo de apego poco seguro o ansioso, caracterizado por el miedo a que le ocurra algo malo al niño cuando se separa de él, además de que con más frecuencia de lo normal estos padres padecieron a su vez durante la infancia un trastorno de ansiedad por separación. Esto puede no ser expresado de manera directa al hijo, pero sí en forma de miedos, advertencias y precauciones exageradas en cada una de las sucesivas separaciones, angustia que se transmite más o menos inconscientemente.

Además, existen *experiencias traumáticas* de separación (hospitalización, muerte de uno de los padres, divorcio o separación de estos) en las que se dan condiciones que

potencian la ansiedad: edad temprana, relación insegura con los cuidadores, poca o ninguna experiencia previa de separación, situaciones de separación duraderas e incontrolables, cambios bruscos en el funcionamiento cotidiano, etc. En estas situaciones el niño se siente muy angustiado al no obtener la ayuda de la figura de apego vinculada. (*Hernandez, G. et al, 2005*)

Existe un mayor grado de probabilidad de que un infante padezca este trastorno si los padres, y especialmente las madres, sufran o hayan sufrido algún trastorno de ansiedad (especialmente trastorno de pánico o TAS) o depresivo. (*Kashani, Beck y Burk, 1987*). Este trastorno es más frecuente en hijos cuya madre tiene estos problemas, esencialmente por la inseguridad e incertidumbre que se asocia con ambos. La presencia actual o pasada de trastorno de pánico en la madre triplica el riesgo de sufrir TAS y si además hay depresión, el riesgo se multiplica por diez. Estos datos no indican necesariamente un *factor hereditario*, pero es probable que exista en ciertos niños una vulnerabilidad biológica a la excesiva ansiedad por separación.

Otra de las causas del desarrollo del TAS es que el sujeto provenga de un *país extranjero*.

Los niños inmigrantes tienen mayores facilidades para la adaptación a nuevo país. Sin embargo, puede resultar muy complejo, pues los niños y, en especial, los adolescentes suelen tener menos recursos personales para encontrar elementos con los cuales identificarse y poder rápidamente manejarse en una sociedad nueva. *José Ángel Vera Noriega y Jesús Alfonso Robles Luján (2010)* diseñaron un estudio centrado en analizar el estado de salud mental de 358 niños inmigrantes del estado de Guerrero, entre 9 y 13 años, que viajaban con sus padres a los campos agrícolas tecnificados de riego del noroeste de México. Las medidas fueron la escala de ansiedad manifiesta para niños – revisada, cuestionario de depresión para niños, y el inventario de estrés infantil. Finalmente los resultados se basaron en que el 20% de los menores presentaba ansiedad, 10.6% mostraba depresión, y 41.3% manifestaba niveles de estrés por encima del rango saludable. Por tanto, según este estudio, se puede afirmar que los niños provenientes de otros países presentan mayores riesgos de padecer ansiedad, depresión y estrés al emigrar a otro destino. En el ámbito escolar sucede una situación pareja, ya que los niños se exponen a nuevas situaciones sociales y, en numerosos casos, a otras condiciones lingüísticas.

#### **4.2 Factores asociados al mantenimiento del TAS**

Por otra parte, los factores que contribuyen al mantenimiento de los Trastornos de Ansiedad por Separación en la Infancia son la *ansiedad anticipatoria* y durante la separación de tipo somático y cognitivo (malestar físico, expectativas de que algo malo va a ocurrir o de que no se va volver a ver a los seres queridos), el *reforzamiento positivo* de las conductas de apego mediante atención y consuelo y el *reforzamiento negativo*, a través de la prevención de la ansiedad y de posibles estímulos temidos en el ambiente por medio de las conductas de apego. (Agrás, S. 1989)

#### **4.3 Detección del Trastorno de ansiedad por separación**

La detección es el descubrimiento, mediante la recogida de señales o pruebas, de la existencia o la presencia de una cosa o un fenómeno que está oculto.

Detectar precozmente el trastorno de ansiedad por separación que aparece durante la etapa escolar, resulta imprescindible para evitar el inmenso sufrimiento de estos niños, que frecuentemente pasa inadvertido o mal comprendido por sus propios padres y el resto de adultos, así como para evitar las numerosas complicaciones que puede ocasionar a nivel académico y social. (Balanza, S. et al. 2009)

Además, si no se realiza a tiempo un tratamiento oportuno, puede dar lugar a otros trastornos psicopatológicos, especialmente depresivos, fóbicos y de ansiedad, tanto en ese momento como en la posterior etapa adulta. Haber padecido un trastorno de ansiedad por separación en la infancia puede favorecer la aparición durante la vida adulta, de agorafobia, trastorno de pánico (Manicavasagar y cols., 1998), trastornos depresivos (Biederman y cols., 1990) una mayor tendencia a la evitación (Pollack, 1996).

Esta tarea implica directamente a pediatras y docentes. Los primeros tendrán más posibilidades de detectar aquellos casos en que los síntomas físicos son más llamativos, por lo que es más fácil que los padres recurran al pediatra para que los valore. Los profesores deben sospechar la existencia de un trastorno de ansiedad por separación cuando el niño falta con cierta frecuencia al colegio, se muestra injustificadamente triste, angustiado o ansioso en las clases, o en todo momento en que su atención no está

sostenida por la actividad, antes de abandonar el colegio (cuando espera a que le recojan, especialmente si se retrasan), durante la comida, etc. (Reid, L. 2006)

Es fácil para los profesores pasar inadvertido el trastorno, debido a que estos niños suelen ser poco problemáticos, especialmente en el colegio, no suelen revelar a nadie su problema. Generalmente, son responsables, obedientes, cumplidores, conformistas, colaboradores y con un claro afán por agradar a todo el mundo, respondiendo a lo que los adultos esperan de ellos. Suelen ser más bien tímidos, vergonzosos e inhibidos, características que en algunos ya se comienzan a observar antes de los tres años de edad. (Kagan y cols., 1987)

No obstante, pese a que para los adultos los trastornos de ansiedad suelen pasar desapercibidos, existen estrategias docentes que nos pueden llevar a la detección de este tipo de trastornos como las *técnicas proyectivas*. Estas técnicas son instrumentos considerados especialmente sensibles para revelar aspectos inconscientes de la conducta ya que permiten provocar una amplia variedad de respuestas subjetivas, son altamente multidimensionales y evocan respuestas y datos del sujeto, inusualmente ricos con un mínimo conocimiento del objetivo del test, por parte de éste (Lindzey 1961). Existe una gran variedad de técnicas proyectivas. Sin embargo, solo algunas de ellas se suelen aplicar a infantes de corta edad.

Las *técnicas temáticas*, encargadas de usar material visual con varios grados de estructuración formal de contenido humano sobre las cuales el individuo debe narrar una historia, proponen el “*Test de apercepción infantil*” aplicado a niños de entre 3 y 10 años. De esta manera se presentan tarjetas en forma de historietas infantiles cuyos dibujos están diseñados para evocar fantasías relacionadas con los problemas de la alimentación, la ansiedad, la rivalidad entre hermanos y la relación entre padres, la agresión, el entrenamiento de intereses y otras experiencias infantiles. (Domínguez, S. 2011)

Por otra parte, las *técnicas expresivas*, como el “*Test de la familia*”, tienen un gran valor diagnóstico. Con ella se pueden conocer las dificultades de los niños en la adaptación al medio familiar, los conflictos y la rivalidad fraterna. Además, refleja el desarrollo intelectual del niño. (Pont, T. 2008)

Por otra parte el “*Test de los colores de Luscher*”, creado en 1948, evalúa el estado psicofisiológico de una persona, su estilo de afrontamiento del estrés y otras características de su personalidad. Así, cuando una persona escoge determinados colores, está expresando inconscientemente su estado emocional. Su uso está dedicado a que se utilice en escenarios de evaluación por parte de un profesional del área, puede revelar a los pedagogos las causas de los problemas escolares y detecta las tensiones mucho antes de que las consecuencias fisiológicas puedan manifestarse. (*Plummer, D. 2013*)

Ante la sospecha, es importante tener una conversación con los padres que puede orientar sobre el posible diagnóstico y sobre las medidas terapéuticas a tomar, en caso de que se juzguen necesarias.

#### **4.4 Principales instrumentos de evaluación de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia**

Hoy en día, pese a que no se le otorgue a la ansiedad infantil la importancia que merece, existen numerosos métodos para su evaluación, como las entrevistas estructuradas, los cuestionarios e inventarios para el niño, los cuestionarios para adultos y los cuestionarios específicos de la ansiedad. *Enrique Echeburúa y Paz de Corral (2009)* ofrecen un análisis de cada uno de ellos:

Las *entrevistas estructuradas* son las más estáticas y rígidas de todas, ya que se basan en una serie de preguntas predeterminadas e invariables que deben responder todos los pacientes o sujetos de estudio. Entre ellas se encuentran la “Entrevista para el Niño” (ADIS-IV: C) (*Dilverman, Albano y Sandín, 2003*) y la “Entrevista para Padres” (ADIS-IV: P) (*Silverman, Alvano y Sandín, 2001*).

Los *cuestionarios e inventarios para el niño* son, sin duda, los instrumentos de evaluación más utilizados en la práctica clínica para determinar la intensidad de los síntomas, así como para cuantificar los cambios tras una intervención terapéutica. No obstante, los cuestionarios cubren un campo temático menor que las entrevistas con los niños y con los padres (y con los maestros en algunos casos) y son, por tanto, son medidas complementarias. (*Echeburúa, E. & Corral, P.2009*). Entre ellos podemos encontrar cuestionarios generales de la personalidad como el “Cuestionario de

Personalidad” (EPQ-J) (Eysenck y Eysenck, 1975) y cuestionarios específicos de la ansiedad, entre los que destacan el “Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo para Niños” (STAIC) (Spielberger *et al.*, 1973), el “Cuestionario de Ansiedad Infantil” (CAS) (Gillis, 1980) y el “Cuestionario de Ansiedad Manifiesta Infantil” (RCMAS) (Reynolds y Richmon, 1978).

Además, existen *cuestionarios para padres* basados en las conductas del niño, entre los que destacan el “Inventario de Miedos” (Pelechano, 1984) cumplimentado por los padres dependiendo de la intensidad del miedo experimentado por el infante y el “Inventario del Comportamiento Infantil” (CBCL) (Achencach y Edelbrock, 1983) cuyo objetivo consiste en recoger la descripción que hacen los padres sobre las conductas del niño.

Por otra parte, los *cuestionarios para docentes* como el “Inventario del comportamiento Infantil para Maestros”, se encargan de sistematizar la visión de las conductas infantiles. Su edad de aplicación es de 6 a 16 años, y se deben valorar las conductas referidas a los dos últimos meses. La ventaja específica de este inventario consiste en tomar en consideración la edad, el sexo y los cambios madurativos, por lo que se basa en conceptos de la psicopatología del desarrollo. (Echeburúa, E. & Corral, P.2009)

La utilización conjunta de los cuestionarios de niños y adultos, junto con la entrevista del niño y con los padres, la historia evolutiva, la observación clínica de padres y niños y la información suministrada por la escuela, posibilitan una exploración psicológicaintegrada que permite establecer posteriormente un programa de intervención. (Bragado, 1993)

Sin embargo, estas pruebas se llevan a cabo cuando la detección ya ha sido realizada y el sujeto ha sido derivado. Tienen como objeto el diagnóstico, es decir, el análisis que se realiza para determinar situaciones consistente en la recopilación de información, su ordenamiento, su interpretación y la obtención de conclusiones e hipótesis y, por tanto, son llevadas a cabo por terapeutas especializados, aunque en algunas ocasiones intervengan los docentes en el empleo de alguno de los instrumentos anteriormente nombrados. (Bragado, 1993)

#### **4.5 Diagnóstico del Trastorno de ansiedad por separación**

A pesar de que el TAS es un trastorno relativamente frecuente, muchas veces no es detectado ni diagnosticado, tal como sigue ocurriendo con la mayor parte de los trastornos de ansiedad, que a pesar de que se observan con mucha frecuencia, continúan siendo infradiagnosticados e infratratados. En España, aún hoy día, es fácil que este problema pase desapercibido, ya que es malinterpretado por padres y educadores, que creen que se trata de niños miedosos, que pretenden llamar la atención, que intentan faltar al colegio o librarse de ciertas obligaciones escolares. (*De las Herbas, J. 2000*)

La ansiedad comprende un aspecto normal del desarrollo, por ello las escalas de evaluación de la ansiedad requieren de habilidad para discriminar a los niños y adolescentes con síntomas clínicos de ansiedad con aquellos síntomas de ansiedad normal por lo que la atención diagnóstica del especialista se hace siempre deseable, ofrecen una gran utilidad para analizar la psicopatología de niños y adolescentes y planes de tratamiento. (*Echeburúa, E. & Corral, P. 2009*). Esta atención es llevada a cabo por especialistas, nunca por los docentes, ya que éstos solamente se encargan del proceso de detección y de la intervención en la consecución de determinados instrumentos de evaluación.

Sin embargo, las escalas de evaluación no pueden ser utilizadas de forma casual e injustificada.

Dentro de la evaluación se deben elaborar preguntas sencillas y fáciles de entender en el contexto del niño y adolescente basadas en los criterios del DSM-IV, para la apreciación de cada uno de los criterios diagnósticos. La información acerca de síntomas ansiosos debe proceder de múltiples fuentes, ya sean padres, hermanos o maestros por el hecho de que existe variabilidad entre los múltiples informantes, y ser manejada con discreción, ya que no debe revelarse a menos que el niño o adolescente lo autorice. (*De las Herbas, J. 2000*)

Por otro lado los padres o algunos familiares con los que el menor vive deben de ser informados sobre el padecimiento y la importancia de ser atendido por el especialista.

##### *4.5.1 Diagnóstico diferencial*

El diagnóstico diferencial sirve para hacer una correcta valoración de una enfermedad con respecto a otras parecidas, con las que pudiera confundirse o solaparse.

Es una valoración clínica que corresponde exclusivamente a los especialistas, en ningún caso a los pacientes. En muchos casos requiere de pruebas y exploraciones complementarias que han de solicitarse a los servicios médicos pertinentes en cada caso.

El TAS puede ser confundido con otros trastornos o con ciertos comportamientos no patológicos. Por ello es importante hacer el diagnóstico diferencial, tal y como explica *Caballo V.E (2005)* con:

*El rechazo escolar en la fobia social* .Se debe al miedo a hacer el ridículo ante los demás, o a condiciones aversivas del medio, más que al temor por separarse de las figuras significativas.

*Trastornos generalizados del desarrollo*. Puede haber ansiedad por separación, pero además hay una alteración de las relaciones sociales, incluidas las familiares. Sería, por ejemplo, el caso del autismo.

*Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos*. Suelen iniciarse a una edad más tardía y tienen una serie de síntomas característicos (alucinaciones, delirios, aplanamiento afectivo) que son la causa principal del malestar. No obstante, el TAS puede ocasionar experiencias perceptivas inusuales basadas en un estímulo real en situaciones determinadas.

*Trastorno de ansiedad generalizada*. La ansiedad no se limita a las situaciones que implican separación de las figuras importantes. Dándose también ansiedad por el rendimiento académico o deportivo, por el cumplimiento de obligaciones o por las consecuencias de actos pasados.

*Trastorno de angustia con Agorafobia o Agorafobia sin historia de trastorno de angustia* Se inician a una edad más tardía y lo que se teme son las situaciones en que se puede padecer un ataque de pánico inesperado o alguno de sus síntomas. No obstante, el TAS puede elevar la ansiedad ante la amenaza de la separación hasta producirse un ataque de pánico.

*Rechazo escolar en los trastornos del estado de ánimo*. Está relacionado con la pérdida de ganas, el cansancio o la preocupación por llorar en público. En el TAS es posible que aparezcan síntomas depresivos (tristeza, desgana, apatía) mientras están separados o al anticipar la separación.

*Trastorno negativista desafiante.* En el TAS puede haber una conducta oposicionista para lograr que no se produzca la separación. En el trastorno negativista desafiante esta conducta no se limita a estas situaciones.

*Niveles de ansiedad por separación propios de la etapa de desarrollo.* Durante las etapas evolutivas existe un miedo normal a la separación para la edad en que se encuentra el niño, por lo que no sería clínicamente significativo.

Tal y como se ha podido apreciar en la clasificación de los tipos de ansiedad, expuesta en la parte introductoria, todos los trastornos de ansiedad comparten características con otros o están asociados a ellos. De esta manera es primordial que los especialistas lleven a cabo un buen diagnóstico diferencial, diferenciándolos de otros trastornos con características similares que también favorecen el absentismo escolar, como la fobia escolar y otros trastornos de ansiedad, ya que las estrategias terapéuticas, así como el comportamiento de padres y profesores debe seguir orientaciones diferentes en cada caso. *Caballo V.E (2005).* Cuando se trata de fobia escolar, el niño solo se resiste a acudir al colegio, no a otros lugares en dónde esté sin sus padres, y por lo general se debe a alguna experiencia angustiosa que ha sufrido con sus compañeros, los profesores o las calificaciones académicas. No obstante, existen muchas otras posibilidades, como que sea un síntoma más de una depresión, del trastorno por ansiedad excesiva infantil. En la ansiedad por separación, la negativa a ir al colegio no se relaciona con el colegio en sí, sino con todos los modos de separación más o menos prolongados de la figura vinculada. (*Gutierrez, J. 2007*)

La implicación de los profesores en el proceso terapéutico puede ayudar notablemente a disminuir el absentismo escolar y favorecer una mejor evolución del cuadro clínico.

Tal y como explica *Frances M. et al. (2002)* *la depresión y la ansiedad* suelen ir ligadas aunque sean sentimientos muy diferentes. La ansiedad es consecuencia de la percepción de peligro, del pensamiento de que va a suceder algo terrible. Por el contrario, cuando una persona está deprimida, tiene la sensación de que la tragedia ha sucedido ya. Existen cuatro teorías cuyo objetivo es descubrir por qué la ansiedad y la depresión suelen aparecer simultáneamente. La primera teoría defiende que la mayoría de las personas no son capaces de discernir entre los distintos tipos de emociones. Lo

único que saben es que se sienten trastornadas. Según la segunda teoría la depresión conduce a la ansiedad, mientras que la tercera teoría defiende que sucede el caso opuesto, ya que algunos sentimientos como el aislamiento desencadenan fácilmente la depresión porque dificultan la conexión con los demás. La última teoría sobre la ansiedad y la depresión se llama “*teoría de la causa común*”. Según ésta, la ansiedad y la depresión comparten al menos una causa común que desencadena en el cerebro al mismo tiempo diferentes tipos de emociones, tales como depresión, culpa, desesperanza, ansiedad, ira o frustración.

#### **4.6 Tratamiento del TAS en la escuela**

Todo tratamiento pasa por implicar a los profesores, que deben conocer la orientación y curso del mismo para no tomar decisiones inadecuadas y poder colaborar en beneficio del niño, ya que no es raro que el trastorno tarde en remitir completamente y que existan periodos en los que algunos síntomas reaparezcan, aunque con menor frecuencia. (Reid, R. 2006).

##### *4.6.1 Pautas generales para el tratamiento del TAS en la escuela*

La labor del docente es valorar el tipo de apego afectivo que caracteriza los vínculos establecidos dentro de la familia y promover la rectificación en los casos en los que resulte preciso. Aclarar al niño lo que le ocurre y hacerle ver lo infundado de sus fantasías suele producir una rápida mejoría en el cuadro clínico. (Plummer, D. 2013)

Se debe procurar que el niño vaya tolerando las situaciones de mayor separación, sin que éstas le supongan una angustia notable. Para lograrlo, debemos tranquilizarle previamente respecto a los temores, evitar retrasos o cambios de planes por parte de los padres que puedan alimentar sus temores y ofrecerle, en las etapas iniciales del tratamiento, estrategias que puedan calmar sus temores y disminuir su ansiedad. La posibilidad de que los docentes comprendan esta necesidad y, por ejemplo, dejen al alcance del infante un teléfono móvil con el fin de ponerse inmediatamente en contacto con la figura vinculada, puede ser de gran ayuda para evitar el absentismo escolar y facilitar la evolución favorable del cuadro clínico. (Plummer, D. 2013)

El hecho de que al menos un profesor conozca el problema, y esté en todo momento dispuesto a ayudar al niño en caso de que se sienta angustiado, suele tener un efecto tranquilizante en los niños. No obstante, debe existir un contacto continuado entre el terapeuta, los padres y los docentes para evitar, mediante pautas conductuales, que el niño obtenga beneficios secundarios que puedan alargar el tratamiento o empeorar el pronóstico. (Plummer, D. 2013)

#### *4.6.2 Estrategias para el tratamiento del TAS en la escuela*

El impacto en el niño de la separación o divorcio entre los padres es difícil de separar de otras fuentes de estrés asociadas: comer en el colegio, disminución del tiempo de interacción con los padres y ajuste a un régimen de visitas determinado, etc. Sin embargo, si los padres intentan minimizar los cambios bruscos y mantienen una relación positiva con sus hijos, las reacciones de estos al comienzo de la nueva situación (tristeza, pérdida, culpa, cólera) tienden a disminuir. (Pacheco, B. & Ventura, T. 2009).

##### *➤ Establecer feed-back entre la familia y la escuela*

Además, como docentes, debemos establecer un vínculo con las familias de nuestros alumnos, es decir, un feed-back. Esto permite trabajar conjuntamente en el tratamiento del Trastorno de Ansiedad por Separación. Para ello, deberemos analizar minuciosamente las circunstancias que preceden y siguen a la ocurrencia de la ansiedad de separación. Sucede, en algunos casos, que estos episodios quedan reforzados por una actuación inadecuada de los padres u otras personas cercanas al niño. (Burns, D. 2006) La mayor parte de los Trastornos de Ansiedad por Separación se derivan del vínculo establecido entre el infante y sus progenitores, el cual se basa en la sobreprotección. Esto produce comportamientos negativos, tanto en el caso del niño con el fin de que no se produzca esta separación, como en el de los progenitores que proporcionan inmediatamente atención. (Burns, D. 2006)

- *Establecer un objetivo común de manera conjunta ajustando las expectativas en relación a la ansiedad en el niño, para el establecimiento de pautas a seguir entre el docente y la familia.*

Para comenzar, se deben ajustar las expectativas en relación al momento de desarrollo en el que se encuentra el niño y respecto al proceso de establecimiento del vínculo.

Según *Gullamón, N. 2004*, es fundamental establecer el objetivo de disminuir la respuesta de ansiedad del infante, gracias al entrenamiento de los padres en el refuerzo discriminatorio de las conductas positivas y en la extinción de los comportamientos inadecuados. Esto supone enseñarles a los a reforzar positivamente la conducta adecuada del niño y mostrarles el uso de la extinción para disminuir o eliminar las conductas inadecuadas. Para ello, es fundamental que los miembros reflexionen acerca de la necesidad de poner límites en el ambiente familiar, estableciendo las siguientes pautas:

- Ser firmes ante el comportamiento del infante, estableciendo normas de conductas claras, es decir, teniendo en cuenta su edad.
- Formulación de las pautas de manera positiva, para llevar a cabo estas normas.
- El castigo se basa en la desaprobación del comportamiento del niño, no del niño en sí.
- La creación de un listado de refuerzos es esencial.

- *Comprender los problemas que producen la ansiedad en el niño*

Uno de los factores más desencadenantes de la tensión en el niño es la pérdida, o el miedo a la pérdida de su seguridad. El vínculo entre el apego del niño y el adulto es la fuente fundamental de seguridad, autoestima, autocontrol y habilidades sociales. Por ello, existen numerosos infantes que padecen Trastorno de ansiedad por separación y los docentes deben comprender esta situación. No hay que restar importancia a acontecimientos que para un adulto pueden resultar intrascendentes, como puede ser que un niño tenga temor a conocer a sus nuevos compañeros y necesite a su madre como figura de protección. (*Gullamón, N. 2004*).

La expresión de sus sentimientos está en gran parte determinada por su nivel de desarrollo, y reforzada por las reacciones de quiénes les rodean, de la familia, de las influencias culturales y de experiencias pasadas. Para ello debemos ser conscientes de la importancia de hablar con el niño sobre todo lo que le preocupa, es decir, de cómo se siente. Permitir que se desahogue y exponga todas sus preocupaciones, dudas y sentimientos, siempre y cuando no se le fuerce a hablar de sus sentimientos y estemos siempre disponibles cuando lo necesite. (Pla, J. 2010)

Además, es importante actuar como modelos de conducta y afrontamiento, ya que los infantes actúan por imitación, adoptando como propios los modos de actuación de personas cercanas a ellos. (Gullamón, N. 2004)

➤ *Interactuar con los niños, estando ahí cuando nos necesitan.*

Una de las principales consecuencias de este trastorno consiste en la ausencia de suficientes relaciones con otros niños de su edad, debido al afán de estar siempre al lado de sus padres, y a la negativa a ir a dormir o pasar el día en casa de sus amigos, etc.

Numerosos profesionales afirman que la clave para ser una persona autónoma, segura y capaz de sobrellevar fácilmente los problemas de la vida consiste en mantener una relación congruente (capaz de mostrar los verdaderos sentimientos) y una estima positiva e incondicional (valoración y aceptación del sujeto) y empatía. Por ello, es fundamental que en los diferentes contextos que envuelven a los infantes se fomente su enseñanza.

Existen dos estrategias que les pueden ayudar a ser más autónomos y a reconocer sus propios méritos. La primera consiste en demostrarles que entendemos, valoramos y respetamos sus sentimientos. La segunda supone proporcionar alabanzas verdaderas, realistas y específicas, que reflejen nuestro conocimiento de que sus capacidades son únicas. (Reid, L. 2008)

La vida de un niño está inevitablemente llena de cambios y de incertidumbres, como puede ser acudir a la escuela. Estos cambios que conllevan la separación entre la madre y el hijo pueden provocar tristeza, enfado o frustración. Cada niño será diferente en la cantidad de estrés que pueda manejar con éxito y en cómo perciba las situaciones

estresantes. Así, lo que para un niño es excitante y estimulante, para otro puede ser terrorífico. Entender el estrés supone comprender a cada individuo en sus relaciones y en su entorno, teniendo en cuenta su carácter y aptitudes. (*De las Herbas, J. 2000*) Por ello, los infantes necesitan sentirse cómodos con una amplia gama de emociones, ser capaces de recuperarse emocionalmente y entender qué causa sus distintos sentimientos.

➤ *Usar las alabanzas y los elogios*

Por otra parte, las alabanzas y los elogios por las habilidades del niño, la perseverancia y el sentido de la diversión, pueden ser una excelente motivación para su desarrollo y la superación de cambios continuos. No obstante, una alabanza injustificada puede provocar en el niño una autoestima baja o unas altas e irrealistas expectativas de lo que puede llegar a conseguir. (*Aparicio, D. 2013*)

Según Huebner, D (2008), estas son algunas de las pautas que los docentes deben seguir a la hora de alabar y elogiar a sus alumnos, teniendo en cuenta que los elogios deben ser concretos y descriptivos:

- Comprender que tengan dificultades en el reconocimiento de los sentimientos.
- Animar a los niños a decir alabanzas descriptivas a otros.
- Dar señales verbales de aprobación y ánimo.
- Animar a los niños a que piensen en qué sucede cuando encuentran obstáculos en sus rutinas diarias.
- Recodar la importancia de “no etiquetar”, ni siquiera mentalmente.
- Aunque a algunos niños les es difícil reconocer sus habilidades, sus logros y talentos, siempre hay que hacerlo antes de fijar sus metas y objetivos futuros.

Por tanto, apoyar a los niños en los momentos de cambio, permite transmitirles que los queremos, valoramos y respetamos por lo que son, y no por lo que pueden llegar a hacer. Supone evaluar sus emociones, transmitiéndoles que es normal sentirse enfadado o triste por los cambios que están sucediendo en sus vidas, a la vez que se cultivan sus habilidades para ser creativos e imaginativos. (*Aparicio, D. 2013*)

Los niños más maduros interpretan y regulan sus emociones de manera más razonada y lógica, ya que el cerebro posee una capacidad de adaptación y respuesta a nuevas influencias, particularmente durante la infancia. Por tanto, tanto en las escuelas como en el entorno familiar, se deben ofrecer pautas para el control del estrés. De esta manera, cuando experimenten una situación de excitación, serán capaces de comprobar lo que sucede a su alrededor y hallar una explicación, teniendo en cuenta sus experiencias pasadas y recuerdos emocionales. (*Psicodiagnosis, 2014*). Estrategias como la relajación, la realización de actividades físicas y el uso de la imaginación ayudan a los más pequeños a controlar su estrés.

➤ *La relajación*

La relajación es una buena estrategia para eliminar la tensión física en los niños (reduce la presión arterial y el ritmo respiratorio) y emocional y les permite sentirse bien con sus sentimientos y con ellos mismos. (*Reid, L. 2006*)

Una *respiración calmada* les ayudará a ver que tienen un cierto control sobre su cuerpo cuando se sientan nerviosos y puede ayudarles a tratar situaciones desbordantes, como el miedo o el enfado. Para trabajar correctamente la respiración, es necesario observar una serie de normas básicas. En primer lugar, es preciso adoptar una postura adecuada (lo más recomendable es realizar estos ejercicios sentados en una silla, con la espalda recta y en contacto con el respaldo, los pies bien apoyados en el suelo y sin cruzar las piernas). Intentaremos que mantengan los músculos relajados, al mismo tiempo que apoyen las manos separadas sobre sus muslos, o bien reposando los antebrazos sobre ellos y con las manos unidas. Otra opción es realizar estos ejercicios tumbados boca arriba sobre una colchoneta u otra superficie cómoda, con los brazos paralelos al cuerpo, las palmas de las manos hacia arriba y la musculatura relajada. (*Psicodiagnosis, 2014*)

Procuraremos que la respiración sea nasal y evitando siempre forzarla; hay que respirar de modo natural, con un ritmo tranquilo, sin realizar inspiraciones o espiraciones bruscas, ya que una inhalación muy intensa y exagerada podría producir “hiperventilación”. Dependiendo de la capacidad de concentración de nuestros alumnos, podemos realizar la respiración con los ojos cerrados o abiertos; en el primer caso se

favorece la concentración aunque se puede caer en el adormecimiento, mientras que en el segundo es posible despistarse con los estímulos visuales del entorno, por lo que resulta muy útil fijar la mirada en un punto próximo. (Reid, L. 2006)

Una de las mayores dificultades que surgen en la meditación basada en la respiración son las distracciones exteriores, así como los pensamientos que fluyen por la mente. En estos casos, no debemos obsesionarnos porque el niño haya perdido la concentración, ya que sencillamente se trata de volver de nuevo al ejercicio que estábamos realizando, centrándonos más en él. (Reid, L. 2006)

La forma en que podemos aplicarla es a través de los cuentos. Podemos utilizar, por ejemplo, el cuento de la tortuga y la liebre. A partir de este relato se le puede pedir al niño que haga de tortuga (respirar lento, mover brazos y pies lentamente, meterse en su casa y permanecer quieto unos instantes...) o de liebre (respirar rápido, agitar brazos y pies...). El cuento debe finalizar con el triunfo de la tortuga, de manera que el niño efectúe las respiraciones lentas y relaje todas las extremidades. (Gutiérrez, A. & Moreno, P. 2011).

Otra estrategia para trabajar la respiración se basa en respirar contando un número en cada inspiración, de manera que se asigne un número a cada una. Este ejercicio puede tener muchas variantes, ya sea completar las respiraciones llegando hasta diez o llegar a un número determinado y después contar hacia atrás. (Reid, L. 2006)

Podemos utilizar también algún objeto o juguete para ayudarle a identificar tensión-distensión. Por ejemplo, una pequeña pelota de goma colocada en su mano y haciendo los ejercicios apretando y aflojando la presión sobre la pelota. Otra opción es utilizar algún peluche de su preferencia. Los ejercicios de respiración (aprender a inspirar por la nariz y expirar por la boca de forma pausada) los podemos llevar a cabo pidiéndole al niño que se imagine que es un globo que lentamente se va hinchando (le damos también instrucciones para que vaya alzando los brazos al tiempo que se hincha) para después deshincharse (expirando el aire y bajando lentamente los brazos). También, los niños pueden observar las sensaciones de frío y calor producidas cuando el aire entra por la nariz y sale por su boca, de manera que la conciencia esté plenamente centrada en estas sensaciones. (Plummer, D. 2013)

A medida que el niño va ejercitándose podemos introducir imágenes y sensaciones, por ejemplo, que el niño piense en sus colores, juguetes, situaciones o personas favoritas que le ayudan a sentirse bien y, también, instrucciones del tipo “Estás muy relajado y tranquilo” o “Nota como sientes un calorcito muy agradable en tus brazos o piernas...” (Plummer, D. 2013)

➤ *Las actividades físicas*

Las actividades físicas nos hacen disfrutar y aliviar los efectos del estrés, creando bienestar en el cuerpo. Por tanto, es fundamental que en el aula se fomente el ejercicio motor, como los juegos de volteretas, los cuales contribuyen a la regulación emocional. (Burns, D. 2006)

Otra de las rutinas diarias que se han de tener en cuenta es el *contacto físico positivo*, ya que produce la liberación de oxitocina. Además, los masajes disminuyen los niveles de agitación y agresión y ayudan a desarrollar habilidades de empatía y tolerancia, a la vez que aumentan los niveles de concentración. (Burns, D. 2006)

➤ *La imaginación*

Por último, la imaginación es una fuente interior capaz de fomentar pensamientos creativos y positivos, para lograr una autoestima saludable, gracias a sentimientos de realización personal y a unas relaciones sociales satisfactorias. Para trabajarla en el aula existen una infinidad de actividades, como pueden ser proporcionar imágenes para su posterior interpretación o pedir que escriban o dibujen aquello que les venga a la imaginación. (Reid, L. 2006)

#### **4.7 Prevención del Trastorno de ansiedad por separación en la escuela**

Los programas de prevención de los trastornos psicopatológicos en la infancia y adolescencia son todavía escasos.

La ansiedad en el escolar es uno de los síntomas cada vez más comunes de la tensión emocional, la cual está relacionada con el bajo rendimiento y el fracaso escolar. (*Klein y Last, 1989*). Esto es debido a la disminución de atención, concentración y retención, así como al mal procesamiento de la información ya que no organizan ni elaboran adecuadamente los materiales y tienden a ser poco flexibles para adaptarse a los procesos de aprendizaje (*Newcomer 1993*). Aquellos con una inteligencia promedio sufren dificultades académicas mayores, ya que los mejores dotados intelectualmente pueden compensar su ansiedad. (*Spielberger, 1985*).

La estabilidad personal y emocional está ligada con la tolerancia a la frustración. En general, el alumno que posee antecedentes de inestabilidad emocional tiene menos posibilidades de resistir los efectos de la frustración que aquellos emocionalmente estables. Cuando hablamos de Inteligencia emocional, desde el punto de vista educativo, nos referimos a una capacidad que se aprende y que tiene por finalidad incrementar el bienestar tanto personal como social. Todas las personas sentimos y nos emocionamos y, por tanto, debemos saber cómo expresar dichas emociones y sentimientos. Esto se conseguirá siempre y cuando, desde pequeños, hayamos sido educados emocionalmente. (*Inteligencia-emocional, 2014*)

#### 4.7.1 *Programas educativos basados en la inteligencia emocional*

La escuela debe enseñar a los infantes a ser inteligentes emocionalmente, ofreciendo las pautas adecuadas y desarrollando habilidades. Se trata de conceptos, procedimientos y actitudes. El docente debe actuar como mediador, ya que el alumno adoptará un papel activo, y debe transmitir modelos de afrontamiento emocional adecuados a las diferentes interacciones que los alumnos tienen entre sí, transmitiendo unos valores adecuados. Los programas que se utilicen para ello, es decir, para que el docente eduque emocionalmente, deben ser flexibles, adaptados a las necesidades del alumnado. (*Arguís R. et al, 2012*)

Los programas para edades tempranas, deben desarrollarse desde la Educación Infantil hasta la Educación Secundaria. Educar es un proceso que nos llevará toda la vida, y debemos contar con los recursos personales y materiales adecuados.

Además, debe tenerse en cuenta a la hora de seleccionar los programas de intervención en educación emocional, el tiempo del que se dispone. (*Inteligencia-emocional, 2014*)

El “*Programa de enseñanza de habilidades de interacción social de Pehis*” (3-5 años) ayuda a niños con problemas emocionales, mejorando la competencia social en niños con iguales y adultos. Su objetivo principal es hacer sentir y hacer pensar sobre lo que se siente en cada situación. El docente deberá saber comunicarse y transmitir la idea de relación entre educación emocional y apego, ya que obviar los sentimientos de apego no es educar emocionalmente. (*Pacheco, B. & Ventura T. 2009*)

Mediante la aplicación de una serie de prácticas basadas en la Psicología Positiva, el proyecto “*Aulas Felices*” se encarga de fortalecer ciertos valores y percepciones que contribuyen a incrementar la felicidad de los niños y jóvenes.

El objetivo principal es promover la felicidad de los alumnos, los profesores y las familias, potenciando el desarrollo personal y social del alumnado, cultivando el “yo” interior de manera que la felicidad dependa más de nosotros que de nuestras circunstancias externas. Este objetivo se alcanza gracias al desarrollo de “la atención plena” y al desarrollo de “las fortalezas personales”. De esta manera, el educador es el encargado de capacitar a los niños para desplegar al máximo sus aspectos positivos (fortalezas personales) y potenciar su bienestar presente y futuro, a través del desarrollo de la Competencia de autonomía e iniciativa personal, Competencia social y ciudadana y Competencia para aprender a aprender. (*Arguís, R. et al, 2012*)

La *atención plena* consiste, simplemente, en un estilo de vida basado en la conciencia y la calma, que nos permite vivir íntegramente en el momento presente. Con la atención plena niños y adultos viven más despiertos, más conscientes, son capaces de saborear y disfrutar más el momento presente, algo fundamental para ser feliz, no es tanto que no seamos felices como que no seamos conscientes de lo que nos rodea. Además se trabajan conceptos como la apreciación de la belleza, el amor por el aprendizaje, la curiosidad, el sentido de la justicia, la moderación, la amabilidad, la gratitud, la vitalidad, el optimismo, la perseverancia. De esta manera, los infantes logran un mejor control de sus pensamientos, emociones y conductas. Por tanto, se realizan prácticos ejercicios para despertar esta atención y hacer a los niños más conscientes del mundo que les rodea. (*Arguís, R. et al. 2012*)

El ejercicio más elemental para practicar la atención plena es la respiración consciente, que favorece la relajación física y mental, y favorece el desarrollo de la calma interior, la concentración y el autocontrol. (Arguís, R. et al, 2012) Sin embargo existen otros ejercicios como “*Mis manos. La caricia*”, el cual se muestra a continuación y persigue otros objetivos:

*Nivel:* Educación Infantil

*Objetivo:* Favorecer la sensorial y la concentración

*Desarrollo:* Sentados en corro, observamos nuestras manos, las juntamos por las palmas intentando acercarlas al máximo, haciendo fuerza y soltando. Después, cerramos y abrimos los puños suavemente y notando cómo se estira la mano y cómo a la cerrarla las uñas aprietan levemente la piel. Ahora extendemos una mano y pasamos por su contorno el dedo índice de la otra, vamos recorriendo los dedos uno a uno, despacio, recreándonos en la caricia. Después podemos recorrer las rayas de la palma notando el cosquilleo. Repetimos cambiando de mano. Una variación consiste en hacer la actividad por parejas, un niño a otro alternativamente. Respiramos profundamente tres veces para cerrar la actividad.

*Tiempo:* 5 o 10 minutos.

Por otra parte, las *fortalezas personales* son una familia de rasgos positivos manifestados en las diferencias individuales, a través de pensamientos, sentimientos y acciones. (Arguís, R. et al, 2012). Estas fortalezas personales, también llamadas virtudes, son las siguientes:

- **Sabiduría y conocimiento**, fortalezas cognitivas que implican la adquisición y el uso del conocimiento. Comprende la creatividad, la curiosidad, la apertura mental, el amor por el aprendizaje y la perspectiva.
- **Coraje**, fortaleza emocional que implica el ejercicio de la voluntad para la consecución de metas antes situaciones de dificultad, externa e interna. La valentía, la perseverancia, la integridad y la vitalidad forman esta fortaleza.

- **Humanidad**, fortaleza interpersonal que implica cuidar y ofrecer amistad y cariño a los demás. Los factores que abarca son el amor, la amabilidad y la inteligencia social.
- **Justicia**, fortaleza cívica que conlleva una vida en comunidad saludable. Esta fortaleza personal comprende aspectos como la ciudadanía, el sentido de la justicia y el liderazgo.
- **Moderación**, fortaleza que nos protege ante los excesos. La capacidad de perdonar, la modestia y humildad, la prudencia y el autocontrol forman parte de ella.
- **Trascendencia**, fortaleza que forja conexiones con la inmensidad del universo y proveen de significado la vida. Comprende la apreciación de la belleza y la excelencia, la gratitud, la esperanza, el sentido del humor y la espiritualidad.

Existe una evidencia, cada vez mayor, de que las fortalezas del carácter juegan importantes papeles en el desarrollo positivo de los jóvenes, no solo como factores protectores generales, previniendo o mitigando psicopatologías y problemas, sino también posibilitando condiciones que promueven a prosperidad y el desarrollo. Los niños que poseen un cierto conjunto de fortalezas son más felices, rinden mejor en la escuela, son más populares entre sus iguales y tienen menos problemas psicopatológicos y de conducta. Por ello, este programa propone una infinidad de estrategias y actividades dirigidas a alumnos de entre 3 y 18 años. No obstante, el nivel educativo es orientativo ya que muchas actividades originalmente diseñadas para una etapa concreta pueden ser perfectamente aplicadas en otras. (Arguís R. et al, 2012)

Una de las principales premisas para que el niño no comience a desarrollar un TAS es valorar la importancia de sentirse querido por otras personas y establecer relaciones sociales. Para ello, el proyecto “Aulas felices” propone una serie de actividades, las mayorías dirigidas al desarrollo de la fortaleza de “Humanidad” y centradas en la consecución de estos objetivos. A continuación, se muestra una actividad *llamado “Bailamos”*, relacionada con el amor, la capacidad de amar y ser amado, de valorar las relaciones cercanas con otras personas, en particular aquellas en las que el afecto y el cuidado son mutuos.

*Nivel:* Educación Infantil

*Objetivo:* Tomar conciencia, desde edades tempranas, de la importancia de iniciar y mantener relaciones cercanas con otras personas, que les ayuden a sentirse reconocidos, aceptados y, en suma, queridos. Si uno se siente querido, aprender a querer.

*Desarrollo:* Para realizar esta actividad, ponemos música y dejamos que los alumnos se muevan libremente por el espacio intentando seguir el ritmo de la música. Les propondremos que ocupen todo el espacio, que se muevan en distintas direcciones y que procuren separarse unos de otros. A continuación, se irán introduciendo consignas y les propondremos que, a partir de ese momento, hay que intentar estar en silencio y escuchar únicamente la música. Entonces se moverán por el espacio sin hablar e irán cumpliendo las siguientes consignas, cada vez que se crucen con otro compañero:

- *Mirarle a los ojos y sonreírle.*
- *Saludarle con la mano y deseárselo un “¡feliz día!”.*
- *Darle un beso.*
- *Abrazarse.*

Finalmente, en gran grupo, realizaremos una puesta en común comentando la actividad (si les ha gustado o no, lo que más/menos les ha gustado...), y expresando las emociones experimentadas en la realización de la misma (cómo se han sentido) e intentando que los niños expresen si les gusta sentirse mirados, besados y abrazados.

*Recursos:* Aparato de música y CD.

*Tiempo:* Unos 45 minutos, aproximadamente.

*Observaciones:* En esta actividad, hay que dejar que la participación del alumnos sea voluntaria, porque algunos se muestran inhibidos a la hora de expresar y recibir estas emociones. Además, es aconsejable realizarla varias veces para que los niños se vayan incorporando de forma voluntaria, a medida que adquieran confianza y seguridad en las propias acciones.

Por tanto, el objetivo de este proyecto es elaborar un programa de intervención educativa que garantice el pleno desenvolvimiento de las Competencias relacionadas con el desarrollo personal y social del alumnado, incluyendo además la Competencia para aprender a aprender. Además se pretende que constituya un modelo integrador, con

el que se puedan relacionar de manera coherente los aspectos vinculados con la Acción Tutorial y la Educación en valores, teniendo en cuenta las aportaciones recientes de la Psicología Positiva. (Arguís, R. et al, 2012)

Se puede afirmar que el proyecto “*Aulas felices*” es una buena estrategia para prevenir trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia, más concretamente el TAS, ya que permite que los infantes sean más conscientes de su propio cuerpo y del mundo que les rodea, se conviertan en seres más independientes y sepan querer y sentirse queridos.

#### *4.7.2 Enfoques educativos para la prevención del TAS en la escuela*

Por otra parte, la escuela debe seguir determinados enfoques educativos que busquen crear individuos capaces de convivir en la sociedad en la que se encuentran inmersos, de manera independiente y feliz. De esta manera, se prevendrán ciertos problemas de ansiedad en la infancia y adolescencia, ya que los niños poseerán mayor tolerancia a la frustración y confianza en sí mismos. (De las Herbas, 2000)

Desde el *enfoque constructivista*, se considera el aprendizaje como un proceso personal y activo de construcción de nuevos conocimientos a partir de los saberes previos, teniendo en cuenta la interacción social y las situaciones reales en las que tienen lugar el acto de aprender. El conocimiento no consiste en acumular pasivamente fragmentos de saber, sino que es un proceso activo que se produce mediante transformaciones constantes de los esquemas de conocimiento del propio alumno. (Pérez, 2002). De esta manera, los alumnos son los protagonistas de su propio aprendizaje, mientras que el docente es un mero “guía” en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Una noción clave es el “aprendizaje significativo”, que enfatiza el hecho de que los aprendizajes conecten con los conocimientos previos, así como con los intereses del alumnado y, además, que el aprendizaje sea funcional, es decir, útil para la práctica.

El valor de estas metodologías es que enfatizan en los conocimientos previos y los intereses del alumnado, así como por la aplicación práctica de los aprendizajes y la motivación en las aulas. (Pérez, 2002)

Teniendo en cuenta las fortalezas personales de cada individuo, estos enfoques son idóneos para estimular la sabiduría y el conocimiento, y en especial la curiosidad y el amor por el aprendizaje.

Por otra parte, la “*teoría de las inteligencias múltiples*” es un modelo propuesto por *Howard Gardner* en el que la inteligencia no es vista como algo unitario, sino como un conjunto de inteligencias múltiples, distintas e independientes. Gardner define la inteligencia como la "capacidad de resolver problemas o elaborar productos que sean valiosos en una o más culturas". (*Gardner, H. 2010*)

Según esta teoría, todos los seres humanos poseen las ocho inteligencias en mayor o menor medida (lingüística, matemática, espacial, musical, kinestésica, interpersonal, intrapersonal y naturalista). Gardner enfatiza el hecho de que todas las inteligencias son igualmente importantes, por lo que es fundamental llevar a cabo el proceso de enseñanza y aprendizaje a través de actividades que promuevan una diversidad de inteligencias, asumiendo que cada alumno posee diferentes niveles de desarrollo de éstas.

En las aulas en las que se llevan a cabo proyectos basados en las Inteligencia Múltiples, la enseñanza se basa en las capacidades que tiene el alumnado, y no en sus limitaciones, debido a que cada alumno posee una inteligencia significativamente desarrollada. (*Muñoz, A. 2008*)

De esta manera, estas propuestas permiten aumentar la autoestima del alumnado, la motivación, la construcción de aprendizajes significativos, el aprecio por el medio ambiente y a mejorar las relaciones entre los compañeros de clase, el trabajo en equipo, las habilidades de pensamiento y las habilidades lógicas para resolver con mucha facilidad problemas que se nos presenten en nuestra vida diaria. (*Gómez, S. 2013*)

#### *4.7.3 Metodología para la prevención del TAS en la escuela*

Por último, los docentes deben ser conscientes de que la prevención del TAS, así como de numerosos problemas emocionales, se basa en el establecimiento de relaciones sociales afianzadas y una buena autoestima por parte del alumnado. Por ello, es necesario llevar a cabo en las aulas una metodología centrada en el *trabajo cooperativo o colaborativo*. (*Reid, L. 2006*)

Muchos autores consideran ambas denominaciones como sinónimos, pero para algunos existe una diferencia importante: en el enfoque “colaborativo” es el profesor quien diseña y controla las interacciones y el proceso a seguir, mientras que el “cooperativo” implica a los propios alumnos ya que son ellos los que diseñan su estructura de interacciones y controlan las decisiones que tienen lugar a lo largo del aprendizaje. Más allá de estas distinciones, que en la práctica no siempre son tan evidentes, ambos se caracterizan por el uso de equipos de trabajo reducidos en los cuales los alumnos trabajan juntos y se estimula el cooperar, con el fin de maximizar su propio aprendizaje y el de sus compañeros de equipo. (*Riera, G. 2009*)

Es una forma de trabajar beneficiosa para todos los alumnos que contribuye a desarrollar numerosas Competencias Básicas, especialmente la Competencia social y ciudadana, la cual comprende aspectos como el amor, la amabilidad, la inteligencia emocional, la ciudadanía, el sentido de justicia y el liderazgo. (*Riera, G. 2009*)

## 5. CONCLUSIONES Y DISCUSIONES

Este trabajo permite la adquisición de numerosa información acerca de los procesos de detección, evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad, en especial del Trastorno de ansiedad por separación, así como de sus posibles intervenciones y estrategias de prevención en el aula.

Uno de los *puntos fuertes* de este trabajo es que trata sobre un tema actual y frecuente en las aulas de Educación Infantil y Primaria, por lo que proporciona información útil a diferentes ámbitos de acción, es decir, al contexto familiar, escolar y terapéutico. Ofrece un punto de vista educativo, sin obviar otras ramas como la psicología, ya que la ansiedad debe ser tratada conjuntamente, de manera que los docentes lleven a cabo la detección y prevención de este tipo de trastornos, los terapeutas establezcan el diagnóstico y tratamiento oportunos, y la familia intervenga en todos los planes de actuación. Además, el uso de ansiolíticos pasa a un segundo plano, debido a la propuesta de técnicas conductuales que permiten, en la mayoría de los casos, frenar o eliminar los efectos de la ansiedad sin medicación, aspecto muy positivo si se tiene en cuenta que en los últimos años los ansiolíticos estaban preservados únicamente para uso adulto. Además, la información no se centra solamente en la intervención, ya que se ofrecen pautas para prevenir los trastornos de ansiedad en la infancia, así como la exposición de programas basados en la inteligencia emocional. Por otra parte, el hecho de que inicialmente se expongan los diferentes trastornos que se pueden ocasionar, analizando sus características principales a través de un lenguaje sin anglicismos, permite que se obtenga una noción general del tema para, posteriormente, adentrarnos en aspectos más específicos y, por tanto, comprensibles para todos los lectores.

A nivel personal, he de destacar que gracias a este trabajo he adquirido información necesaria que desconocía debido a mi formación académica. Esta información me ayudará, en un futuro, a ser una docente con una visión crítica, capaz de responder a las necesidades educativas del alumnado.

Algunas de las *limitaciones* que han surgido, en la elaboración de este trabajo, se deben a la imposibilidad de extraer una conclusión de algunos aspectos tratados, como la etiología o el tratamiento de este tipo de trastornos, debido a que los profesionales del

área no establecen un consenso sobre este tipo de aspectos. Nos encontramos con un caso similar si hablamos de la eficacia o las ventajas e inconvenientes en la ingesta de ansiolíticos, ya que cada autor se encarga de defender su opinión, exponiendo estudios y pruebas que validan sus afirmaciones. Pese a ello, la cifra de niños que acuden a consultas médicas y hacen uso de este tipo de medicamentos es alarmante, por lo que se deben tener en cuenta otros enfoques y métodos de intervención, con el fin de que los infantes consigan superar sus problemas sin necesidad de que se produzcan efectos secundarios en ellos. Además, tal y como se puede apreciar, este trabajo se basa en una revisión bibliográfica de los trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia, adentrándose en el Trastorno de ansiedad por separación reflejado en las aulas. No obstante, pese a que es un tema muy actual que se da con frecuencia, existen escasos artículos que lo aborden desde un punto de vista educativo, y no clínico, por lo que la búsqueda de información acerca de la etiología, sintomatología, etc. resulta más sencilla que el tratamiento y la prevención en el aula. Por tanto, a lo largo de este trabajo, se hace alusión a un estudio perteneciente a una rama no educativa, el llevado a cabo por *José Ángel Vera Noriega y Jesús Alfonso Robles Luján* en el año 2010. Por otra parte, la imposibilidad de analizar un caso real ha dificultado este trabajo al no probar la eficacia de las técnicas de eliminación y prevención de los trastornos de ansiedad expuestos. De esta manera, se ha realizado una selección de las técnicas, según criterios personales, más efectivas.

Además, se debe tener en cuenta que la teoría es diferente a la práctica y que, pese a que este trabajo aporta numerosa información acerca de la ansiedad en la infancia, los docentes lograrán aplicar las técnicas sugeridas a la perfección cuando adquieran experiencia profesional y una formación continua.

Hoy en día, la escuela da suma importancia a las dificultades y necesidades educativas especiales del alumnado, ofreciendo adaptaciones curriculares y realizando derivaciones a profesionales. Se puede afirmar que, en las aulas, los docentes se centran en el uso estrategias de detección e intervención de estos problemas. Sin embargo la *prevención*, definida como la medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que suceda una cosa considerada negativa, es menos usual. (*Cano, A. 2003*)

Este trabajo trata sobre ella de manera que, en la mayoría de los casos, no sea necesaria la búsqueda de soluciones al no ocurrir el problema.

Los miedos, tan frecuentes en la etapa infantil, no reciben la importancia que merecen. Muchos de ellos desaparecen con el tiempo, mientras que el resto perduran a lo largo de la vida incluso acentuándose y convirtiéndose en trastornos de ansiedad, los problemas psicopatológicos más diagnosticados en la infancia. Por tanto, tanto padres como docentes deben actuar de manera conjunta para superar estos miedos y evitar sus consecuencias. (García, J.J. 2010)

El *Trastorno de ansiedad por separación* suele desarrollarse cuando se establecen relaciones de apego poco seguras entre los progenitores y el niño, y produce un excesivo estrés. (Velez, et al. 1989). Sin embargo, no se debe generalizar, pues infantes emocionalmente sanos pueden no estar preparados para separarse de sus padres y no sentir deseos de interactuar con personas desconocidas. Existen numerosos factores predisponentes a padecer este trastorno, por lo que no se debe atribuir toda la carga a los lazos afectivos familiares, pese a ser una de sus causas más frecuentes. Nos encontramos con niños propensos a padecerlo y aspectos sociales que inciden en el estado emocional de los niños, sin olvidar los factores genéticos.

Se pueden observar numerosos *estilos educativos* familiares, entre los que se encuentra el modelo sobreprotector, dado al temor sobre la integridad física y mental de los niños. Esta protección suele crear timidez y dependencia excesiva, dificultades en las relaciones sociales e inseguridad y falta de confianza, así como miedos y fobias sociales o tendencia a la depresión y a los trastornos afectivos. Por ello, los docentes deben establecer unas pautas con los progenitores, cuando exista una protección significativa o haya indicios de la aparición del Trastorno de ansiedad por separación o fobia escolar. Estas pautas se centrarán en aceptarlo tal y como es, dejar que solucione los problemas por sí mismo y con nuestra ayuda sólo cuando sea necesario, tratarle de acuerdo a su edad y fomentar situaciones en las que pueda interactuar, tanto con su grupo de iguales como con adultos. Así, el niño vivirá el mundo exterior como un espacio en el que experimentar y crear su propio aprendizaje, y no como una amenaza. (Psicodiagnosis, 2014)

Por otra parte, muchos padres cometen el error de retrasar la escolarización de sus hijos con estas dificultades, en lugar de expresarles con cercanía y serenidad por qué es importante que vayan a la escuela o a la guardería. Este tema debe ser tratado con naturalidad y normalidad, ya que si los padres expresan temor ante la separación de su hijo, éste lo percibirá y la situación se agravará significativamente. Mostrarles nuestra comprensión por el trance que van a pasar cobra especial importancia, incluso en los casos en los que el niño exprese su malestar en forma de enfados y rabietas. (*Gregory, L. et al. 2012*)

En el caso de que lleguen alumnos inmigrantes al aula, se debe actuar con mucho tacto y empatía, ya que si para un adulto es difícil cambiar de país y enfrentarse a nuevas costumbres, situaciones y personas, para un niño este cambio es realmente significativo y puede crear un trastorno de ansiedad, debido a las dificultades de adaptación. El choque cultural, debido al estrés al verse inmerso en una nueva cultura y desconocer habilidades socio-culturales, los problemas de comunicación, los rasgos de personalidad y, a veces, la escolarización tardía son factores que pueden originarlos. El docente actuará como enlace entre el niño, su grupo de iguales y el resto del profesorado, procurando una acogida cálida y facilitadora, estableciendo unas normas básicas de comportamiento y preparándole para situaciones escolares que puedan resultarle extrañas. Además, teniendo en cuenta que la dependencia familiar a veces es originada al enfrentarse a situaciones en las que no es capaz de solventar problemas por sí mismo, propondremos actividades en las que sean competentes. (*Gutierrez, J. 2007*)

Respecto a la *detección*, cabe destacar que es una de las funciones del docente ya que permite que, mediante la recogida de datos, se descubra la presencia de un fenómeno oculto.

Debido a las dificultades que acarrea detectar un trastorno de ansiedad por separación, ya que los niños no suelen tener comportamientos extraños y son realmente tranquilos, es necesaria la observación sistemática durante las sesiones escolares, además de una evaluación de sus posibles causas. Esta detección temprana favorecerá la no aparición de trastornos psicopatológicos en la adultez, debido a la consecución de las derivaciones y tratamientos pertinentes. (*Balanza, S. et al. 2009*).

El uso de técnicas proyectivas resulta un buen método de detección, siempre y cuando se combinen con la observación sistemática, y permiten analizar aspectos inconscientes de la conducta. El uso de técnicas expresivas es aplicable al aula y no requiere de una gran formación por parte del docente. (*Domínguez, S. 2011*)

A veces, cometemos el error de pensar que, tanto el Trastorno de ansiedad por separación como la fobia social, tienen mayor incidencia cuando los infantes comienzan su etapa escolar. Sin embargo, la edad media de aparición son los 9 años, lo que hace que en numerosas ocasiones se confundan estos trastornos con la bajeza que puede tener un niño al ir a la escuela. (*Rodríguez de Kissack & Martínez-León, 2001*). Como se ha podido observar, cada trastorno de ansiedad tiene formas de manifestación diferentes que pueden resultar confusas, por lo que aunque los docentes no se encarguen de llevar a cabo el diagnóstico diferencial, deben estar capacitados para diferenciarlos y, posteriormente, realizar la derivación oportuna. (*Caballo, S. 2011*)

Tal y como se puede ver a lo largo de este trabajo, el *tratamiento* del TAS en las escuela requiere un gran esfuerzo, ya que se basa en una acción conjunta entre el contexto familiar y escolar que, algunas veces, puede ocasionar conflictos. Por ello, se debe ofrecer y proporcionar la ayuda que precisen los miembros familiares, mostrando nuestra empatía, preocupación e interés por solucionar el problema. Tanto el diálogo como el establecimiento de objetivos comunes son básicos para que las situaciones de separación, cada vez más prolongadas, produzcan reacciones menos bruscas. Sin embargo, no se debe olvidar que para lograr los objetivos propuestos es necesario el ajuste de expectativas por parte de los adultos, para un tratamiento adaptado a las necesidades de cada niño y la búsqueda de un fin lo más realista posible. (*Gullamón, N. 2004*)

Existen diversas *técnicas* que permiten aliviar los efectos de la ansiedad. La relajación es uno de ellos, aunque en gran parte sea visto como un método de intervención, y no como medida preventiva. La respiración, por ejemplo, no supone solamente una técnica para eliminar trastornos o problemas graves, sino una actividad encargada de eliminar la tensión física. Por ello, y debido a las múltiples maneras de practicar y controlar la respiración en el aula, la relajación puede pasar a un primer plano y ser trabajada en sesiones ordinarias, sin necesidad de formar parte de un

tratamiento específico. No obstante, si el docente decide incorporar esta actividad a su rutina, debe ser consciente de la importancia de ofrecer un amplio abanico de posibilidades, ya sea en forma de cuentos, utilizando peluches o juguetes, usando su imaginación, etc. Así, los niños la relacionarán con aspectos lúdicos y no será una actividad académica más para ellos. (Reid, L. 2006)

Por otra parte, el *enfoque educativo*, a partir del cual el docente actúa, incide en las estrategias de enseñanza-aprendizaje llevadas a cabo, el rol de éste y el alumnado en general, los criterios de evaluación y el concepto de aprendizaje. Tanto el enfoque constructivista como el humanista, conductista, cognoscitivista, algorítmico y heurístico, garantizan buenos resultados en las aulas. No obstante, el enfoque constructivista puede ser el más adecuado si se tiene en cuenta la independencia del alumnado, así como la creación de su propio aprendizaje. El *enfoque constructivista* ofrece pautas para que el profesor sea capaz de entregarle al alumno un estímulo y éste produzca una respuesta, de manera que focalice la atención en su comportamiento y no en el desarrollo de aprendizaje. El rol del aprendiz es responder a estímulos del medio ambiente, adoptando un papel activo y siendo reforzado por los resultados de su aprendizaje. De esta manera, el niño es encargado de obtener nuevos conocimientos, realizando una conexión con las estructuras mentales ya poseídas y llevando a cabo el aprendizaje significativo. Así pues, si se desea evitar que el alumnado establezca una dependencia con su entorno familiar, debido a su inseguridad al realizar tareas por sí mismo, este enfoque puede ser el idóneo. (Pérez, 2002)

La teoría de las *Inteligencias Múltiples* permite que en el aula no se realicen adaptaciones curriculares ya que, los alumnos que tengan dificultades en un campo determinado del currículo, las resuelven mediante la aplicación de refuerzos específicos que no supongan cambiar la metodología del aula. Se basa en la identificación del perfil de inteligencias que se da en cada uno de ellos para despertar su motivación, ya que la enseñanza está basada en sus capacidades, y no en sus limitaciones. Sin embargo, convierte la estrategia de *atención a la diversidad* en algo generalizado a todos los alumnos al deshacer la diferencia entre los niños estándar, capaces de seguir el ritmo habitual del aula, y los que no. Si se aplican criterios de diversidad a todos, se

descubrirán excepcionalidades en campos y en alumnos que quedan desatendidos ya que no son capaces de aprender en las mismas condiciones que su grupo de iguales. Teniendo en cuenta estos aspectos la teoría de las Inteligencias Múltiples puede aumentar la autoestima del alumnado, así como su motivación y la construcción de aprendizajes significativos pero, a su vez, puede desatender a alumnos con necesidades educativas especiales. (*Gardner, H. 2010*)

Por otra parte, la metodología basada en el *aprendizaje cooperativo* depende del intercambio de información entre los estudiantes motivados, tanto por lograr su propio aprendizaje como por acrecentar el nivel de logro de los demás. Permite estimular habilidades personales, disminuir los sentimientos de aislamiento, favorecer los sentimientos de autosuficiencia y propiciar, a partir de la participación individual, la responsabilidad compartida por los resultados del grupo. Por ello es una buena medida de prevención de trastornos de ansiedad y dificultades en el aprendizaje. (*Riera, G. 2009*).

Pese a que el sistema educativo ha evolucionado dejando atrás la Escuela tradicional, los educadores cometan el error de focalizar su enseñanza en los contenidos curriculares (conocimientos, destrezas y actitudes) respectivos a cada etapa del desarrollo, ignorando aspectos fundamentales como el desarrollo de la felicidad y de las Competencias Básicas de desarrollo personal, social y aprender a aprender. Este desarrollo requiere actividades simples, las cuales permitan experimentar satisfacción en las relaciones sociales, aprender a disfrutar de un paisaje o de la música o autorregular la conducta con una sensación permanente de conciencia y calma, con el fin de fomentar el bienestar personal y social. Sin embargo, son actividades que permiten desarrollar aspectos cognitivos, conductuales y emocionales, es decir, centrados en aprendizajes de la vida real y, por tanto, útiles para transmitir los aspectos ligados a cada área curricular. Por ello, no se deben ver como métodos de enseñanza opuestos ni infravalorar su importancia. (*Inteligencia-emocional, 2014*)

Por tanto, las actividades o estrategias que permiten fomentar la felicidad del alumnado en las aulas no requieren un gran entrenamiento del profesorado, ni recursos, materiales o espacios específicos. Los docentes deben establecer un feed-back con las familias, ya que este trabajo no es cuestión exclusiva del sistema educativo sino una

acción conjunta de todos los ámbitos implicados en la formación de los más pequeños. (Gullamón, N. 2004)

El Proyecto “*Aulas felices*” propone actividades diversas, de manera que cada docente tenga un amplio abanico de posibilidades de actuación, dependiendo de las necesidades y características individuales y específicas del alumnado. Gracias a ellas, el proceso de enseñanza-aprendizaje está basado en la Psicología Positiva, es decir, en el énfasis en los aspectos positivos del ser humano. No obstante, los profesionales deben ser conscientes de la importancia de no crear falsas expectativas en el alumnado, de alcanzar un equilibrio entre los aspectos positivos y negativos, las capacidades y las limitaciones. De esta manera, cada infante será consciente de sus logros obteniendo refuerzo positivo y mejorando la motivación en el aula. Tal y como afirmaba Robert Sylwester, autor de “*A biological brain in a cultural classroom*”, “*la emoción dirige la atención, y la atención dirige el aprendizaje*”, por lo que la enseñanza se debe centrar en la creación de alumnos felices, educados a través de la inteligencia emocional, la cual guie su proceso de aprendizaje y les convierta en ciudadanos competentes. (Arguís, R. et al. 2012)

A modo de conclusión, se puede afirmar que el tratamiento y la prevención de los trastornos de ansiedad más frecuentes en la infancia, desde el ámbito educativo, y no clínico, son posibles si se usan las estrategias adecuadas. No obstante, se deben abrir nuevas líneas de investigación, con el fin de establecer un consenso por parte de los profesionales del área acerca de las causas y tratamientos de la ansiedad. Asimismo, las investigaciones se deben centrar, además, en aspectos educativos que permitan a los docentes obtener información eficaz para poner en práctica en sus aulas. De esta manera, gracias a la interrelación entre los distintos ámbitos de actuación, la ansiedad en los infantes disminuirá y, por tanto, no se reflejará en la vida adulta.

## 6. REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

- Aeped. (2008). Consultado el 23-01-2014. Recuperado de [http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trastorno\\_de\\_ansiedad\\_de\\_separacion.pdf](http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/trastorno_de_ansiedad_de_separacion.pdf)
- Apa. (2010). Consultado el 23-01-2014. Recuperado en <https://www.apa.org/helpcenter/anxiety-treatment.aspx>
- Arguís, R. et al (2012). *Programa “AULAS FELICES”*. *Psicología Positiva aplicada a la educación*. Zaragoza: Equipo Sati.
- Aurora, R. (2005). *Estudio sobre ansiedad*. Psicología clínica y psicoterapia, 16.
- Badós, A. (2005). *Trastorno de ansiedad por separación. Rechazo escolar y fobia escolar*. Universidad de Barcelona, 2, 2- 34.
- Burns, D. (2006). *Adiós ansiedad*. Barcelona: Paidós Ibérica. Primera parte, 19-73.
- Caballo, V. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. España: Pirámide. Primera y quinta parte, 63-75, 377-385.
- Casas A. (2009). *Fobia Social: Evaluación y tratamiento*. México: Trillas.1-3.
- Clínicadeansiedad. (2004) Consultado el 25-04-2014. Recuperado de <http://www.clinicadeansiedad.com/02/233/Educando-a-los-ninos-para-prevenir-la-ansiedad.htm>
- De las Herbas, J. (2000). *Trastorno de ansiedad por separación y absentismo escolar*. Revista complutense de educación, , 1, 57-69.
- Echeburúa E. & Corral P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide. 1-7, 25-109.
- Iacapap (2012). Consultado el 5-5-2014. Recuperado en <http://iacapap.org/wp-content/uploads/F.2-SEPARATION-ANXIETY-300812.pdf>
- Frances M. et al. (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

- García, J.J. (2010). *Educar: Combatir el miedo estructural de la sociedad actual*. Unipluriversidad, 10, 1.
- Gardner, H. (2010). *La inteligencia reformulada: las inteligencias múltiples en el S.XXI*. Barcelona: Paidós.
- Gregory L. et al. (2012). *Separation Anxiety Disorder and School Refusal in Children and Adolescents*. Pediatrics in review, 2006;27;56.
- Gutiérrez, A. & Moreno, P. (2011). *Los niños, el miedo y los cuentos. Cómo contar cuentos que curan*. Bilbao: Desclée de Brower. 1-5, 1-160.
- Gutiérrez, J. (2007). *Aplicaciones clínicas de la realidad virtual en el ámbito escolar*. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace, 82, 32-51.
- Huebner, D. (2008). *Qué puedo hacer cuando me preocupo demasiado: Libro de niños con ansiedad*. Barcelona: Tea Ediciones.
- Inteligencia-emocional (2014). Consultado el 14-05-2014. Recuperado de [http://www.inteligencia-emocional.org/ie\\_en\\_la\\_educacion](http://www.inteligencia-emocional.org/ie_en_la_educacion)
- Intramed. (2013). Consultado 2-3-2014. Recuperado en <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=81844>
- Maffei A. M. (2010). *Fobia: su especificidad y abordaje psicoterapéutico*. Argentina: Universidad John F. Kennedy.
- Medline. (2014). Consultado el 20-02-2014. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/003211.htm>
- Pacheco, B & Ventura T. (2009). *Trastorno de ansiedad por separación*. Revista de Chile de Pediatría, Psiquiatra Infanto Juvenil., 80 (2), 109-116.
- Plummer, D. (2013). *Cómo ayudar a los niños a superar el estrés y la ansiedad*. Madrid: Narcea. 1, 2,3,10,11, 11-31, 85-93.
- Psicoactiva. (2011). Consultado el 3-4-2014. Recuperado en <http://www.psicoactiva.com/ebook/ebookp5.htm>

Psicodiagnosis. (2014). Consultado el 4-6-2014. Recuperado en <http://www.psicodiagnosis.es/areageneral/tecnicas-de-relajacion-para-nios/index.php>

Psicología infantil. (2014). Consultado el 4-06-2014. Recuperado en <http://psicologiainfantil.org/trastornos-de-ansiedad>

Psicología-online. (2013). Consultado el 23-2-2014. Recuperado de [http://www.psicologia-online.com/autoayuda/temocional/control\\_emocional.shtml](http://www.psicologia-online.com/autoayuda/temocional/control_emocional.shtml)

Redalyc. (2010). Consultado el 2-05-2014. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74221650010>

Reid, L. (2006). *Cómo superar la ansiedad en los niños sin medicación ni terapias*. Málaga: Sirio. 1-3, 11-47.

Sierra, J.C. et al. (2003). *Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar*. Malestar e Subjectividade, 1, 10-59.

Slideshare. (2010). Consultado el 25-01-2014. Recuperado en <http://es.slideshare.net/karemi1/miedo-y-ansiedad-técnicas-de-afrontamiento-27302894>

Stein M. B. (2008). *Social anxiety disorder*, 371:1115-1125.

Taboada Jiménez, A. M. (1998). *Trastornos por ansiedad en la infancia y adolescencia: Factores de riesgo .Ansiedad y estrés*, 4(1):1-16.