UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

"MANEJO DEL ESTRES EN NIÑOS ESCOLARES"

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

ROCIO ELIZABETH DIAZ SANTANA

DIRECTORA DE TESIS:

MTRA. BERTHA RAMOS DEL RIO

DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
SECRETARIA TÉCNICA PSICOLOGIA

LO HUMANO
EJE
DENUESTRA REFLEXION

MEXICO, D. F. **ABRIL DEL 2005**

m. 342468

Universidad Nacional Autónoma de México
UNAM
Biblioteca Central
Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

A mis padres y hermanos,
Porque siempre han estado
Conmigo en los momentos más
Importantes de mi vida, y por recibir
Su apoyo incondicional. Mil Gracias.

A mi compañero, amigo y esposo Paul
Por confiar en mí y darme ánimos
Cuando más lo necesite.

A mis maestros: Bertha, Carlos y Mario
De quienes siempre he admirado su amor
Y pasión a la Psicología, así como su infinita
Disposición de compartir sus conocimientos.
Gracias.

INFINITAMENTE GRACIAS A TODOS Y SABEN QUE LOS QUIERO.....

Agradecimientos:

A la Escuela Pública Silvestre Revueltas, a las autoridades correspondientes, a los profesores de los grupos participantes, pero muy en especial a todos los niños que participaron en este protocolo, a todos ellos dedicado este pequeño esfuerzo por ayudar, aprender y conocer con ellos.

INDICE

Resumen 1

Introducción 2

Capitulo 1 Conceptulización del estrés
El estrés como Estímulo 4
El estrés como Respuesta 4
El estrés como Proceso 6
Variables que influyen en la Experiencia del Estrés Infantil 7
Factores que intervienen en la experiencia del Estrés Infantil 10
Factores de riesgo en la experiencia de estrés en el niño 12
Factores protectores del estrés en el niño 13
Fuentes de Estrés en la infancia 15

Capitulo 2 Afrontamiento
Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción 19
Modos de afrontamiento dirigidos al problema 20
Afrontamiento infantil 20
Afrontamiento y desarrollo 23

Capitulo 3 Ansiedad infantil
Manifestaciones en la Esfera Cognitiva: Inhibición cognitiva 27
Reacciones Fisiológicas de angustia en el niño 28
Tratamientos de los cuadros de ansiedad en el niño 29

Capitulo 4 Relajación y Manejo del Estrés Infantil
Teorías de la Relajación 32
Teorías Psicológicas 34
Métodos o Técnicas de Relajación 35
Anatomía y Fisiología de la Respiración 36
Práctica de la Relajación Autógena 39
Relajación Infantil 40

Metodología
Planteamiento del Problema 49
Pregunta de Investigación, Variables 50
Hipótesis, Participantes, Método 51
Criterios de Inclusión, Materiales 52
Instrumentos Psicológicos 52
Procedimiento 54

Resultados 56
Conclusiones y Discusión 66
Anexos 70
Bibliografía 85

MANEJO DEL ESTRÉS EN NIÑOS ESCOLARES

RESUMEN

El propósito del presente trabajo fue desarrollar habilidades de relajación para el manejo del estrés en niños escolares con ansiedad a través de la respiración diafragmática y del entrenamiento autógeno.

Participaron 60 niños de tercer año de la Escuela Primaria Pública "*Silvestre Revueltas*" No.31-187-32-187, clínicamente sanos hasta el momento del estudio y los cuales fueron divididos en dos grupos uno experimental (G1) y otro control (G2) con 30 niños cada uno. El grupo G1 que recibió entrenamiento en relajación para el manejo del estrés y el G2 que no recibió entrenamiento. La edad promedio para el G1 fue de X=8.76 años y para el G2 de X= 8.77 años. En cuanto al género, en el G1 46.7% (14) fueron del sexo femenino y 53.30% (16) masculino. Mientras que en el G2 73.30% (22) fueron del sexo femenino y 26.7% (8) masculino.

El procedimiento que se siguió en el estudio se dividió en 3 fases: I, Selección y Pre-evaluación de ambos grupos, en esta fase se aplicaron el Cuestionario de Ansiedad Rasgo/Estado para niños (A-R y A-E, respectivamente) STAIC (Spielberger,1973); el Cuestionario de Eventos Vitales para niños (Holmes y Rahe, 1986; cit en: Allen y Klein, 1996); y se registró el pulso periférico. En la fase II, se llevó a cabo el tratamiento con el G1 en el cual se estableció la conceptualización del estrés, el entrenamiento en respiración y relajación autógena; y la fase III de Post-evaluación, para ambos grupos.

Debido a la diferencias entre las medias iniciales entre el G1 y G2, se decidió realizar una Análisis de Regresión Lineal para poder observar de de que manera influyó una variable en la aparición de otra. Los resultados *pudieran afirmar* cambios en los sujetos que participaron en el Grupo Experimental los cuales recibieron el entrenamiento con Relajación Autógena. El Análisis de Regresión Lineal, describió cambios que resultaron ser estadísticamente significativos en la variable de Ansiedad-Estado y el la variable de Pulso Periférico en comparación con los sujetos del G2 (Grupo Control).

Descriptores: estrés, ansiedad, respiración diafragmática, entrenamiento autógeno.

En la práctica clínica, médica o psicológica, el diagnóstico del estrés en los niños es uno de los más complejos y sus consecuencias suelen pasar inadvertidas De acuerdo con la literatura, los estilos de vida del sujeto adulto, pueden originar deterioro psicológico y la mayoría de estos suelen aparecer en la niñez temprana o en la adolescencia (Pedreira, 1991).

La infancia es una etapa de la vida donde los niños al igual que en los adultos están expuestos a una amplia gama de eventos vitales, ya sea en la escuela, en la familia y en el área social. Por lo tanto, el estrés en los niños es un aspecto que debe ser estudiado y atendido debido a que puede interferir en su desarrollo cognoscitivo, físico, emocional y social.

En la actualidad la mayoría de los padres tienden a demandar académicamente un mejor desempeño del niño desde la etapa preescolar; es común que el niño esté de seis a ocho horas en la escuela, aprenda otro idioma, realice actividades deportivas y/o culturales, prepare las tareas, algún examen, para posteriormente ir a dormir. Existen otros factores propios del ámbito escolar que también contribuyen a desencadenar estrés en los niños y que tienen relación con la rigidez de las normas sociales en la familia o la escuela: se les obliga a estar

siempre bien sentados, atentos y sin conversar; de lo contrario se les castigará y etiquetará con algún trastorno de la conducta, cuando la inquietud y la necesidad de movimiento es propia de su edad. Si a esto se le suman los eventos estresantes familiares como los conflictos de sus padres o un proceso de divorcio, la problemática económica familiar, el nacimiento de un nuevo miembro de la familia, la enfermedad de alguien cercano (como un familiar o un amigo), resulta comprensible la dificultad de los niños para hacer frente a todas estas situaciones de una forma adaptativa (Oaklander, 1996).

Con la presencia de éstas y otras fuentes de estrés los niños pueden comenzar a experimentar síntomas de estrés tales como: sentir que paulatinamente, se van quedando sin recursos para seguir adelante, así como tener un inmenso temor a fracasar lo cual lo lleva a presentar problemas de conducta y a bajar su rendimiento escolar, además de otros signos físicos y psicológicos (síntomas neurovegetativos: dolor de cabeza, vómitos, estreñimiento, problemas de la piel, caída del cabello, etc.). Por eso, no es extraño que el miedo al colegio, a los exámenes, el miedo al profesor, o incluso a no tener amigos, sean algunas de las primeras manifestaciones evidentes de estrés y ansiedad en los niños (Trianes, 1990).

Los niños de hoy tienen acceso a una enorme cantidad de información, que difícilmente son capaces de procesar por sí solos. Más allá de la violencia en las películas, todos los días en los diarios y la televisión les muestran eventos catastróficos o situaciones trágicas como asaltos o terremotos, y hasta guerras. Situaciones que pueden provocar en el niño una sensación de que "el mundo es terriblemente peligroso y que él es un ser extremadamente vulnerable" (Chandler, 1985).

Es importante considerar que no todos los niños que están sometidos a las mismas presiones desarrollan síntomas por estrés, y es que no todos los niños toleran un mismo nivel de actividad cotidiano porque desde que nacen, cuentan con un temperamento, una forma de percibir y enfrentar las cosas que se traduce en una especie de "sello biológico" y sobre esta base, actúa lo que tiene que ver con el aprendizaje y que se va adquiriendo en forma espontánea, es decir, el niño observa y aprende de sus padres la forma cómo estos afrontan las exigencias del medio. Por eso, para que se desencadene la enfermedad, no sólo influye la intensidad del evento estresor, sino también qué tan próximo es el temperamento del menor a las características antes descritas (Oaklander, 1996).

Si bien la probabilidad de sufrir distrés (efectos negativos del estrés) es un hecho, también es cierto que una red de apoyo adecuada puede ser fundamental para evitar sus consecuencias. Si los niños más vulnerables cuentan con el apoyo que necesitan de sus padres y maestros, pese a que se enfrentaron a los mismos estresores, van a poder manejarlos con mayor eficacia y con menores consecuencias en la salud física y emocional (Chandler, 1985).

Actualmente, existe una gran incidencia de trastornos y síntomas de estrés y ansiedad. Así, los trastornos afectivos en forma de ansiedad representan más de un 25% de los casos nuevos atendidos cada año en los centros de salud mental. Además, la ansiedad está a menudo correlacionada con la depresión y constituyen, entre las dos, cerca del 50% de la actividad total en los centros de salud. La ansiedad, junto con la depresión y la agresividad, constituyen los ingredientes principales del síndrome conocido como estrés (Amutio, 1998).

Como es sabido, la relajación es un componente principal en el tratamiento conductual de la mayoría de los desórdenes de ansiedad, estrés y otra serie de trastornos asociados al dolor. Sin embargo a esto, el fenómeno de la relajación ha recibido relativamente poca atención, y se han ofrecido gran cantidad de explicaciones vagas o especulativas acerca de los mecanismos por los cuales ésta es efectiva. El entrenamiento en relajación ha sido una parte fundamental de otra serie de programas más amplios tanto en adultos como en niños, como son el Entrenamiento en Inoculación del estrés (McKay, Davis, y Fanning, 1985) y el Entrenamiento en el Manejo de la Ansiedad. Sin embargo, a pesar del éxito obtenido en la aplicación de estos programas, existe todavía poca evidencia acerca de su superioridad sobre otras técnicas menos directas y estructuradas, como el consejo psicológico (counseling), la simple relajación (con meditación), o la Terapia Cognitiva Breve (Blowers, Cobb y Mathews,1987). Estas técnicas responden a la necesidad de crear programas de intervención psicológica rápidos y económicos y tienen en común el hecho de que pueden ser fácilmente enseñadas para su posterior puesta en práctica de forma individualizada. Además, las técnicas de relajación, entendidas como técnicas de autocontrol o auto-ayuda, constituyen una buena parte del movimiento hacia la forma ideal del sistema de salud que es, la prevención de la enfermedad (Oaklander, 1996).

De este manera, el presente programa tuvo como propósito entrenar a niños en edad escolar (8 y 9 años) en el Manejo del Estrés y ansiedad a través del entrenamiento en Relajación Autógena, Respiración e Imagenería.

Además de los ejercicios de la relajación que incluye este programa se realizaron actividades que estimularon las áreas sensitivas de los niños por ejemplo la utilización en de música clásica en ciertas dinámicas, actividades con materiales didácticos como arcilla, dactilopintura, plastilina, colores, agua y pintura las cuales brindaron a los niños experiencias de relajación.

Capitulo 1

Conceptualización Del Estrés

Etimológicamente, la palabra estrés tiene su origen en las palabras latinas *stricturs* (estrechamiento) y *stringere*, que significa apretar. Estas palabras reflejan la contracción de los músculos y de la respiración experimentadas por la gente bajo el efecto del estrés.

En 1936 Selye acuñó la palabra ***stress*** para describir un síndrome no específico, con múltiples manifestaciones, observado en ratas de laboratorio. Diez años más tarde, habla de *Síndrome General de Adaptación* el cuál es estado manifiesto que consiste en los cambios inducidos no específicamente en un sistema biológico. Selye distingue entre dos formas de estrés: una forma dañina de estrés, al que llama distrés y una forma benigna o estrés positivo a la que llamó eustrés o estrés (de la Fuente, 1986).

Dubos (1965) retoma la palabra "distrés" y lo define como discrepancias entre la naturaleza del estímulo ambiental y sus efectos biológicos . Más tarde Lyon y Werner (1987) definen al estrés como un estímulo, y una respuesta o transacción y Levine (citado en Lyon y Werner, 1987) propone que el estrés es una respuesta de afrontamiento.

El estrés ha sido definido a través del tiempo desde diferentes perspectivas, algunas autores lo consideran como un estimulo, otros como una respuesta y también como un proceso complejo con variables bidireccionales. A continuación se exponen estas ideas:

1.1. El Estrés Como Estímulo

La concepción de que el estrés se debe a determinadas situaciones o acontecimientos estresantes es la más próxima a la idea popular. Es una concepción del estrés basada en el estímulo. Desde esta perspectiva, se entiende como algo asociado a circunstancias o acontecimientos extemos al sujeto que son dañinos, amenazadores o ambiguos, en definitiva, que pueden alterar el funcionamiento del organismo y/o el bienestar e integridad psicológica de la persona. Todas las personas, tanto niños como adultos poseen una determinada capacidad para "soportar" las exigencias del medio ambiente, pero que dicha capacidad no es ilimitada. En este caso los estímulos potencialmente estresantes para niños y adultos pueden ser por ejemplo: las grandes catástofres que ponen en riesgo la propia integridad física o psicológica, o la de personas muy cercanas y queridas (terremotos, inundaciones, secuestros, violaciones, muerte de un padre, etc.) También se habla de acontecimientos que significan cambios importantes en la vida de la persona (ascenso en el trabajo, cambio de domicilio, etc.) todos estos son acontecimientos mayores .

1.2. El Estrés Como Respuesta

El estrés como respuesta hace referencia a la experiencia, reacción o respuesta del sujeto frente a los estímulos estresores. Hans Selye (citado en Trianes, 1990) describió al estrés como una reacción del organismo inespecífica en cuanto a su causa, pero que, se manifestaba de un modo específico. Denominó la respuesta de estrés como Síndrome General de Adaptación. Esta respuesta del organismo implica un conjunto complejo de respuestas que son:

- Fisiológicas, que dependen principalmente de la activación del Sistema Nervioso Autónomo Simpático (cardiovasculares, respiratorias, gastrointestinales, sistema inmune y glándulas).

- Psicológicas, que son principalmente de respuesta emocional.

En este proceso de adaptación por parte del organismo se distinguen las fases de alarma, de adaptación y de agotamiento.

1.-Fase de alarma
Ante la aparición de un peligro o estresor se produce una reacción de alarma durante la que baja la resistencia por debajo de lo normal. Es muy importante resaltar que todos los procesos que se producen son reacciones encaminadas a preparar el organismo para la acción de afrontar una tarea o esfuerzo (coping). Esta primera fase supone la activación del eje hipofisosuprarrenal; existe una reacción instantánea y automática que se compone de una serie de síntomas siempre iguales, aunque de mayor a menor intensidad:

1. Se produce una movilización de las defensas del organismo.
2. Aumenta la frecuencia cardiaca.
3. Se contrae el bazo, liberándose gran cantidad de glóbulos rojos.
4. Se produce una redistribución de la sangre, que abandona los puntos menos importantes, como es la piel (aparición de palidez) y las vísceras intestinales, para acudir a músculos, cerebro y corazón, que son las zonas de acción.
5. Aumenta la capacidad respiratoria.
6. Se produce una dilatación de las pupilas.
7. Aumenta la coagulación de la sangre.
8. Aumenta el número de linfocitos (células de defensa).

2.-Fase de resistencia o adaptación
En ella el organismo intenta superar, adaptarse o afrontar la presencia de los factores que percibe como una amenaza o del agente nocivo y se producen las siguientes reacciones:
1. Los niveles de corticoesteroides se normalizan.
2. Tiene lugar una desaparición de la sintomatología.

3.-Fase de agotamiento
Ocurre cuando la agresión se repite con frecuencia o es de larga duración, y cuando los recursos de la persona para conseguir un nivel de adaptación no son suficientes; se entra en la fase de agotamiento que conlleva lo siguiente:
1. Se produce una alteración tisular.
2. Aparece la patología llamada psicosomática.

Figura 1 Síndrome General de Adaptación (tomado de Selye, 1975)

1.3. El Estrés Como Proceso

Richard Lazarus (1986) introduce la idea de que no sólo las experiencias o los eventos son estresantes, sino que también lo pueden ser acontecimientos menores conocidos como "hassles" que son contrariedades diarias. Estos acontecimientos diarios pueden tener en ocasiones más importancia para la salud que los mayores, es decir, la acumulación de esas contrariedades cotidianas pueden producir problemas psicológicos con más facilidad que la ocurrencia de alguno de aquellos acontecimientos mayores (Trianes, 2002). Es así como Richard Lazarus y Susan Folkman (1986) consideran y definen al ***estrés psicológico*** como *una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos y pone en peligro su bienestar.* Por lo tanto, la reacción de estrés depende de cómo es percibida la situación, más que de la clase de situación en sí. Los autores mencionados sostienen que la *Evaluación Cognitiva* que la persona hace de la situación, es un elemento importante. La misma, se realiza en dos procesos que determinan y explican las reacciones de las personas; por un lado, el reconocimiento de la relevancia de la situación y el de examen de los recursos para hacerle frente, y por otro, el del *Afrontamiento*, entendido como el proceso a través del cual la persona maneja las demandas o situaciones que percibe como estresantes.

De acuerdo con Lazarus y Holroyd (1982), la evaluación que hace el sujeto de las opciones que tiene para afrontar una determinada situación está influenciada por las experiencias previas en situaciones similares, las creencias generalizadas acerca de uno mismo y del ambiente, y la disponibilidad de recursos personales, como por ejemplo, habilidades de afrontamiento y de solución de problemas. Además también entran en juego factores ambientales como el dinero o el apoyo social.

La Evaluación Primaria es la valoración de la situación en cuanto a lo que ésta significa e importa para el individuo. Como producto de la evaluación primaria el sujeto califica las demandas como relevantes (en cuyo caso no se continúa la secuencia), como benigno – positivas (la demanda produce bienestar, o bien, ayuda a obtenerlo; existiendo un grado de estrés) o como maligno-negativas (las que normalmente producen las respuestas de estrés más perturbadoras).

La Evaluacion Secundaria es la evaluación de lo que la persona puede hacer según sus recursos, lo que cree puede o debe hacer, tomando en cuenta los posibles resultados de los cursos de acción alternativos, considerando otras demandas presentes en ese momento.

La Re-Evaluación es el proceso que modifica las evaluaciones (primaria o secundaria) a partir de la nueva información obtenida del entorno demandante, de las propias reacciones emocionales de estrés o del reconocimiento de los efectos favorables o desfavorables de las estrategias de afrontamiento.

Desde esta perspectiva, cuando se habla de *estrés* hay que apreciarlo desde sus *componentes* y desde su *dinámica*. En el primer caso, hablamos de demandas del entorno percibidas como amenazantes, de falta de recursos disponibles para enfrentarla, de una experiencia emocional negativa y el consecuente peligro de la inadaptación. Por su parte, la dinámica del estrés refiere a las variables que tiene en cuenta la experiencia subjetiva de cada sujeto frente al estímulo, como a los factores protectores, moduladores y de afrontamiento, que son acciones voluntarias encaminadas a un objetivo. Es importante destacar las limitaciones infantiles propias del desarrollo evolutivo ya que, en relación a un adulto, poseen menor grado de desarrollo cognitivo, afectivo y social (Lazarus y Folkman, 1986).

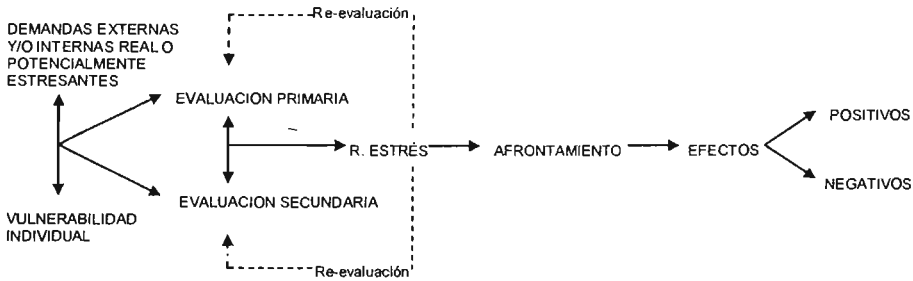


Figura 2 Modelo Transaccional De Lazarus Y Folkman (1986).

1.4. Variables Que Influyen En La Experiencia Del Estrés Infantil

No todas las personas experimentan la misma cantidad de estrés ante un estímulo, esto se debe a la Evaluación Primaria y Secundaria (Lazarus y Folkman, 1986). Es decir el sujeto tendrá que analizar que tan significativo es el evento estresante y con que recursos cuenta para hacerle frente, por ejemplo el apoyo social, tiempo, salud, etc. Esto es similar para niños y adultos. A continuación se mencionan algunas variables que influyen en la experiencia del estrés en los niños:

1. *Variables antecedentes* (estímulos y situaciones estresantes que pueden ser percibidos como tales por el niño).
2. *Variables que median la experiencia de estrés*, y pueden ser de diversa naturaleza, en primer lugar, variables moduladoras (como temperamento, género, edad, desarrollo, que influyen en la calidad e intensidad de la vivencia que hace un niño ante un evento estresante).
3. *Variables amortiguadoras* o *protectoras*, nos hablan de las condiciones personales y ambientales que disminuyen el impacto del estímulo estresante y por tanto, la intensidad de la respuesta de estrés.
4. *Factores de riesgo*, son las condiciones personales y ambientales que predisponen a padecer estrés con mayor facilidad e intensidad.
5. *Factores de afrontamiento*, comprende las condiciones personales y ambientales que ayudan a manejar y superar el estrés.
6. *Consecuencias del estrés*, son las reacciones o respuestas de estrés.

La "*dinámica*" o movimiento en la que todas estas variables se relacionan es la siguiente. En primer lugar, un acontecimiento o estímulo es definido como estresante a partir de que un determinado niño lo percibe como amenazador o perjudicial. Esta percepción depende de las condiciones personales del niño, los recursos y apoyos con que cuenta, y la percepción de las exigencias que requiere la situación para ser resuelta. Por ejemplo, un niño al que le peguen otros niños en el recreo, puede percibir a esos otros como estímulo estresante, dependiendo de que: 1) perciba la situación como mucho o poco amenazadora para su integridad física o para su imagen ante los demás, 2) tenga confianza en poder reaccionar con éxito, respondiendo por sí mismo, evitando la situación, etc. o 3)pueda contar con ayuda de otros compañeros, del profesor u otros niños. Así, la definición de situación estresante depende más de la *experiencia subjetiva que de la calidad objetiva de ese estímulo*. Como ya se mencionó, la evaluación es parte fundamental para definir el evento como estresante, así el niño determina si es amenazante o puede ser superada o no (Trianes, 2002). La tabla 1 muestran las diferentes variables en la experiencia del estrés infantil:

ESTIMULOS ESTRESORES	FACTORES PROTECTORES	FACTORES MODULADORES	FACTORES DE AFRONTAMIENTO	REACCIONES DE ESTRES
DESARROLLO Y MADURACION -Deficiencias -Tareas y superaciones -Separaciones -Autonomía **FAMILIA** -Falta de apego -Maltrato -Divorcio -Muerte -Nacimiento hermano **ESCUELA** -Demandas de separación -Aprendizajes escolares -Éxito y fracaso escolar -Etiquetaje de diferencias **RELACIONES CON IGUALES** -Rechazo y no aceptación -Inhibición, timidez -Pérdida o ausencia de amigos **FACTORES MACRO-SOCIOCULTURALES** -Pobreza, discriminación, desastres.	**PERSONALES** -Soporte biológico saludable -Desarrollo sociocognitivo sano -Temperamento fácil **FAMILIA** -Calidad del apego -Apoyos y recursos -Personalidad y habilidades -Estatus socioeconómico y cultural **ESCUELA** -La experiencia del éxito escolar -La motivación por aprender -El apoyo de los profesores **RELACIONES CON IGUALES** -Los amigos -Redes de apoyo entre compañeros **FACTORES MACRO-SOCIOCULTURALES** -Clase social, bienestar y calidad de vida, recursos comunitarios.	**PERSONALES** -Temperamento -Género -Edad y desarrollo **FAMILIA** -Forma de la familia -Estrés de los padres **FACTORES DE RIESGO** -Problemas de conducta -Agresividad con iguales -Experiencias negativas -Padres enfermos mentales -Muerte de familiares -Excesivo apego al adulto.	**HABILIDADES PERSONALES** -Manejo del estrés -Habilidades sociales -Regulación emocional -Comprensión de los problemas -Toma de distancia **HABILIDADES DE LOS PADRES** -Implicación en la educación de los hijos -Habilidades de crianza -Estilos parentales **FACTORES SOCIO-CULTURALES** -Ayudas comunitarias, etc.	**CONDUCTUALES** -Inhibición, pasividad. -Trastornos del sueño -Trastornos de la alimentación -Problemas de conducta **EMOCIONALES** -Irritabilidad y labilidad emocional -Depresión -Ansiedad -Temores y fobias -Agresividad **COGNITIVAS** -Baja autoestima -Teorías o pensamientos negativos -Indefensión **PSICOSOMÁTICAS** -Cefaleas -Problemas gastrointestinales (diarreas, nauseas, encopresis, etc.) -Problemas en aparato respiratorio (asma, infecciones frecuentes)

Tabla 1 Variables Participantes En La Experiencia Del Estrés Infantil (Trianes, 2002).

1.5. Factores Que Intervienen En La Experiencia Del Estrés En El Niño

Trianes (2002) menciona las diferentes categorías que se pueden observar en cuanto a los factores que influyen en el impacto de los eventos estresantes en la vida del niño: Factores intrínsecos (tales como el temperamento, edad, sexo) y los Factores ambientales (como lo son la familia y la disponibilidad de apoyo social). A continuación se citan estos factores:

1.5.1. Temperamento

El temperamento podría ser uno de los principales determinantes en cuanto a la vulnerabilidad y habilidad de afrontar el estrés. Un niño con un "buen" temperamento, por ejemplo, tenderá a ser más adaptable y positivo, curioso, tolerante y persistente. Un niño con un temperamento "difícil" es generalmente inflexible y fácilmente se alarmará ante un nuevo estímulo.

La flexibilidad emocional y la reevaluación positiva podrían considerarse como los dos elementos más importantes en la forma de responder al estrés en un niño, debido a que brindan a éste los recursos afectivos para expresar sus sentimientos e inquietudes. La persistencia, como factor temperamental, permite al niño desarrollar la habilidad de buscar nuevas soluciones hacia un evento estresante.

Rutter (1984) menciona además que la personalidad del niño es predictor en su modo de afrontamiento y adaptación. Menciona que los niños adaptables tienden a ser suficientemente flexibles como para enfrentar las circunstancias cambiantes, tener pensamientos positivos, ser amigables, sensibles a los problemas de otras personas e independientes. Se sienten competentes y tienen alta autoestima. La inteligencia es otro factor, por ejemplo un niño que cumpla con sus labores escolares tendrá que enfrentar mejor las situaciones.

Así mismo, Caspi, (1995) cita dos aspectos en que se manifiesta el temperamento desde la primera infancia a la edad escolar, estos son:

1. Dificultades de temperamento: que se refiere a una intensa y frecuente expresión de afecto negativo. Son los bebés llamados emocionales porque lloran con frecuencia, no parecen satisfacer sus demandas con la facilidad que otros niños. En la edad preescolar, son niños cuya irritabilidad y altas demandas y exigencias les acarrean ser considerados "difíciles" por sus profesores en la escuela.
2. Nivel de reactividad: Este aspecto del temperamento se refiere a los niños que son excitados motrizmente con gran facilidad. También se aplica a la predisposición a la excitación emocional. Son niños que se enfadan o lloran intensa y fácilmente, llegando a descontrolarse con gran facilidad. Este comportamiento es parecido a la "labilidad emocional".

1.5. 2. Desarrollo Asociado A La Edad

Existen diferencias en la forma de percibir los estímulos estresantes y la respuesta de estrés en las diferentes edades, debido a los distintos estadios del desarrollo cognitivo y social. El desarrollo potencia la comprensión compleja de las situaciones y considera distintos puntos

de vista superando la percepción egocéntrica, facilitando una comprensión más objetiva de los problemas estresantes. Los niños pequeños pueden tener percepciones simples, culpabilizadoras, mágicas, etc. que no facilitan una respuesta adaptada. Por tanto, la edad y el desarrollo asociado, son un factor que condiciona la comprensión y la superación de la situación estresante (Trianes, 2002).

Además los niños mayores tienen más posibilidades de afrontamiento pues, además de que el desarrollo cognitivo les dota de mayor flexibilidad y certeza en la interpretación del problema, presentan mayor control emocional, evitando que las emociones obstaculicen el empleo de estrategias adecuadas. Por lo tanto, el crecimiento y desarrollo generan tareas concretas que un niño debe afrontar con éxito y que, sin embargo, pueden serle potencialmente estresantes.

A continuación se citan algunas características del funcionamiento global (cognitivo, emocional y social) de los niños de 2 a 9 años, comentándolas en relación a la experiencia de estrés.

- Las limitaciones cognitivas predisponen a experimentar los acontecimientos imprevistos como algo especialmente estresante, esto debido a que los niños son incapaces de comprender las relaciones de causalidad entre acontecimientos, y su visión de la realidad es simple y centrada en su propia perspectiva, sin poder tomar en cuenta dos aspectos de la situación simultáneamente. Egocentrismo, pensamiento mágico y "contingencias ilusorias" (relaciones causales imaginarias) son limitaciones importantes en la comprensión del mundo a estas edades. Además, las limitaciones en la capacidad de recuerdo hacen que tengan facilidad para distorsionar el recuerdo de acontecimientos temidos (p.e. experiencias médicas), y dificultad para estimar la intensidad y duración de un estresor.
- El control sobre el ambiente inmediato. Una tarea crucial del desarrollo en todo este periodo, aunque principalmente en la edad preescolar, es conseguir autonomía y competencia personales. A partir de que un niño comienza a caminar y vence los miedos para esto sin apoyo, se ve enfrentado a las demandas de los padres para que consiga cosas por sí mismo.
- La creciente conciencia y control de sí mismo.

La habilidad de afrontamiento de un niño depende de su madurez emocional, lo cuál depende de habilidades cognitivas y psicomotoras, las cuáles a su vez dependen de la maduración neuropsicológica. Rutter (1983) menciona que entre más pequeño es un niño mayor confusión tendrá al planear un correcto plan de acción, dificultad que se ve aumentada al presentarse una situación estresante.

Moore (1975) realizó una investigación con niños primogénitos los cuáles opinan sobre el nacimiento de un nuevo miembro de la familia; encuentra que a menor edad del primogénito mayor es el número de conductas regresivas que realizan ante este evento vital.

1.5.3. Género

Según Dunn, (citado en Trianes, 2002) existe evidencia en donde los niños en su mayoría, son más vulnerables hacia el estrés que las niñas. Esto no parece depender de eventos vitales específicos como lo pueden ser el divorcio de los padres, el nacimiento de un nuevo hermano, hospitalización, etc. Las razones para esta vulnerabilidad hacia el género no queda del todo claro aún, aunque podrían influir variables socioculturales como el que a los niños se les enseñe a tener una forma de comportamiento y afrontamiento diferente al de las niñas en donde se considera habitual la expresión emocional, no así en el género masculino. Es así como los varones son más vulnerables al estrés físico y más propensos a sufrir traumas psicosociales. Además presentan diferente desarrollo socioafectivo hasta la preadolescencia. Son más activos, más desobedientes, muestran más peleas con iguales y más agresividad, y son calificados por los profesores de la escuela y padres con problemas de conducta en mayor medida que las niñas a estas edades. Sufren, mayor rechazo de los iguales que las niñas, durante la infancia, lo cual tiene efectos negativos sobre su desarrollo psicosocial y les dota de mayor vulnerabilidad para desarrollar problemas más tarde. Custrini y Feldman (citados en Trianes, 1990) concluyen que las niñas son más propensas a cooperar, ayudar a otros, preocuparse por los demás y mostrar empatía, y pueden ser socializadas de acuerdo a las expectativas y normas adultas con mayor docilidad, hablando siempre de tendencias generales

1.5.4. La Familia Del Niño

En general, los niños adaptables tienen buenas relaciones con sus padres, quienes son un buen apoyo emocional. Si esto no sucede, es probable que establezcan vínculos estrechos con otro adulto que se interese por ellos, en quien confíen y, obviamente, los cuide (Trianes, 2002).

1.6. Factores De Riesgo En La Experiencia De Estrés En El Niño

En general, el concepto de riesgo implica la identificación de aquellos factores biológicos, personales, familiares y ambientales que aumentan la probabilidad de que un niño experimente un problema psicológico o físico. A continuación se citan algunos factores de riesgo según Rutter (1984):

1. ***Personales.-*** por ejemplo, presentar trastornos de conducta de tipo (molesta, perturbadora, antisocial supone un factor de riesgo para desarrollar inadaptación y
2. sufrir problemas de rechazo de los iguales. O por ejemplo ser un niño apegado a los padres y miedoso supone un riesgo para presentar dificultades de adaptación inicial y durante la escuela.

3. ***Dependientes de la herencia.***- Existe una alta probabilidad de que los hijos de padres con un trastorno psiquiátrico presenten en el futuro este trastorno, como en el caso de la esquizofrenia. Igualmente, los hijos de padres con problemas de alcoholismo, criminalidad y violencia presentan una mayor probabilidad, sin olvidar nunca la importancia del ambiente, de presentar, más tarde, estos problemas.

4. ***Circunstanciales.-*** como algunos acontecimientos de la vida, por ejemplo la muerte de uno de los padres, que tienen gran importancia y suponen consecuencias negativas para los niños produciéndoles un estrés intenso. Tales acontecimientos pueden situar en alto riesgo de presentar problemas de adaptación y ajuste personal al niño afectado.

5. ***Sociales.-***. La pobreza, o la discriminación racial, por ejemplo, se asocian a grandes carencias y entornos deprivados, por lo que sitúan en alto riesgo de presentar crecimiento y desarrollo disminuido, así como de conductas antisociales a los niños y niñas que se desarrollan en estos ambientes.

1.6. Factores Protectores Del Estrés En El Niño

Albee (citado en Trianes, 2002) propuso un modelo en el que se ponen en relación factores de riesgo y factores protectores. Según este modelo, la mayor o menor presencia de factores de riesgo: factores de predisposición (biológicos, genéticos y también de conductas aprendidas), junto con la presencia de acontecimientos vitales estresantes y toda una serie de factores de riesgo. Los factores de protección, también llamados amortiguadores, son variables que protegen a los niños de sucumbir al impacto del estrés. Actúan, inhibiendo o, en otras ocasiones, amortiguando, el impacto del estrés de modo que pueda ser manejado más fácilmente. Existen niños y niñas que a pesar de vivir en difíciles y negativas condiciones o de haber tenido que hacer frente a algún acontecimiento traumático, son niños sanos y que han salido con éxito de dichas condiciones o experiencias. En estos casos se asume que, frente a los factores de riesgo, han debido estar operando factores de protección. Por lo tanto, la conducta adaptada y saludable depende de que:

1. Los factores de riesgo y acontecimientos estresantes sean poco, se reduzcan o se mantengan en unos niveles que puedan ser afrontados con éxito por el niño.
2. El niño pueda utilizar los recursos protectores disponibles y que
3. Dichos recursos sean numerosos, de modo que superen a los factores de riesgo. Por el contrario, cuando los factores de riesgo y estrés superen a los factores de protección, los resultados serán desadaptativos (Costa y López, 1996).

1.6.1. Habilidades De Solución De Problemas

Las habilidades de solución de problemas interpersonales han sido consideradas habilidades personales de manejo y afrontamiento del estrés, en el caso del estrés relativo a las relaciones con otros niños. En el caso, de cualquier estresor que pueda afectar a un niño, su naturaleza es tal que protege del estrés y le amortigua incluso en niveles muy elevados. Hasta en niños muy pequeños se ha encontrado que tener interacciones positivas y habilidosas con iguales amortigua el estrés debido al abuso infantil o sufrir un castigo físico. Sandler (citado en Trianes, 2002) señala que poseer habilidades sociales, como por ejemplo, estrategias no agresivas de resolución de conflictos y de negociación, contribuye a la adaptación escolar y social, y permite incrementar la autoeficacia y la autoestima (creencias y sentimientos de poder realizar con éxito una tarea y de satisfacción con uno mismo, respectivamente).

1.6.2. Apoyo Social Y Familiar

De entre la lista de factores protectores contra el estrés, el apoyo social tiene una gran importancia y utilidad en los niños al igual que en los adultos. El apoyo social describe los esfuerzos de buscar información adicional y soporte emocional, el cual puede venir de la familia nuclear (padres y hermanos) como de los demás familiares cercanos (abuelos, tíos, etc.) al igual que de amigos de la escuela, vecinos, algún club o círculo social, etc. El efecto amortiguador más fuerte se ha encontrado en el apoyo social prestado por los compañeros y amigos. El apoyo social supone la sensación subjetiva de tener alguien a quien recurrir en las

dificultades. Puede definirse como la percepción que tiene un individuo de ser querido, estimado y valorado como miembro de una red de comunicación. El apoyo de los amigos proporciona a un niño seguridad, afecto, intimidad, pertenencia, aprobación, diversión, siendo un mecanismo clave para el ajuste emocional y la adaptación. Se sabe que tener un amigo íntimo, aunque no se tengan muchos más, protege del estrés debido a la soledad, al rechazo de los iguales y a los malos resultados académicos, en niños pequeños y mayores. En la importancia del apoyo prestado por la familia, se ha encontrado que contribuye a incrementar en los niños su desempeño en competencias físicas, con iguales y personales, percibidas por el niño. Con niños más pequeños existe menos investigación, pero se supone que a edades inferiores el estrés es más intenso, debido a que el apoyo de los iguales tiene un papel menos relevante que en edades posteriores (Cobb, 1976).

Las habilidades de los padres, en concreto sobre estilos de crianza las cuales pueden incrementar la competencia del niño y su madurez social. Un estilo controlador pero que transmita al mismo tiempo afecto, calor y aceptación al niño puede ser el ejemplo de un estilo de apoyo al hijo. Este estilo contribuye también directa e indirectamente a su rendimiento y motivación escolar y le proporciona la seguridad y confianza en sí mismo que constituyen la base para desarrollar relaciones habilidosas con amigos y otras personas (Papalia y Wendkos, 1997).

Rutter (1984) menciona además los siguientes factores protectores del estrés:

1. ***Experiencia de aprendizaje***.- Es probable que los niños adaptables hayan tenido experiencia en la solución de problemas sociales. Han visto cómo enfrentan la frustración y las épocas difíciles sus padres y sus hermanos mayores. Ellos mismos han tenido que asumir retos, hallar soluciones y entendido que pueden ejercer algún control sobre sus vidas.

2. ***Riesgo reducido***.- Los niños que han estado expuestos a por lo menos uno de los factores muy relacionados con desórdenes psiquiátricos (desavenencias en el hogar, madre perturbada, padre criminal o experiencias con padres adoptivos o en instituciones de cuidado diario) con frecuencia son capaces de sobreponerse al estrés. Sin embargo, cuando intervienen dos o más de estos factores, los riesgos de que el niño desarrolle una perturbación emocional se cuadruplican o se multiplican más. Cuando el asedio no es completo, los niños pueden enfrentar las situaciones adversas.

3. ***Experiencias compensatorias***: un ambiente escolar que brinde apoyo y provea experiencias exitosas (en los deportes, la música o actividades con otros niños) puede ayudar a mejorar una vida deprimente y problemática en el hogar.

1.6.3. Clase Social

El nivel social y estatus económico y cultural asociado, supone también un conjunto de factores que protegen o, en el caso contrario, colocan al niño en *riesgo* frente al estrés. Por ejemplo existe un efecto de riesgo en situaciones como pobreza, desempleo, discriminación racial, marginación social, etc. En todos estos casos, se suelen asociar las carencias sociales y económicas a un estilo muy pobre de crianza, que supone en muchos casos la falta de

implicación en las tareas de la educación de los hijos por parte de los padres, inmersos en otros problemas y con mayores tasas de adicciones y delitos que otros grupos sociales.

En un estudio realizado por Gallardo, Trianes y Jiménez (1998) mencionan que en ambientes de clase baja y deprivación económica y social, de un estilo paternal autoritario, con empleo de disciplina dura como el castigo físico y escaso empleo del razonamiento o las explicaciones, no favorecen el desarrollo de competencias sociales y relacionales, ni el aprendizaje de pautas y estrategias para evitar los efectos nocivos del estrés derivado de estas situaciones.

Estudios longitudinales realizados por Cowen, Wyman, Work y Parker sobre el desarrollo de niños de clase media, encuentran una serie de habilidades de crianza en los padres relacionadas con el ajuste y desarrollo saludable de los hijos (citados en Papalia y Wendkos, 1997). Los padres de clase media:

1. Promueven autonomía, empatía, buenas relaciones con iguales y habilidades de solución de problemas en sus hijos.
2. Las madres de estas familias se caracterizan por ser competentes y estar muy interesadas en la crianza de sus hijos, y mantener una comunicación abierta y expresión de sentimientos con los miembros de la familia.
3. Los padres están de acuerdo con los valores y aspectos morales aceptados mayoritariamente.

Hay que considerar que el desarrollo saludable que muestran los niños de clase media no debe ser atribuido sólo a características de una crianza de mayor calidad, sino también a que no suelen estar afectados ellos ni sus familiares por las circunstancias estresantes que afectan a los grupos en desventaja socioeconómica.

1.6.4. Habilidad Cognitiva De Tomar Distancia

Esta es una habilidad natural en su desarrollo que utilizan los niños en sus procesos de representación del mundo. La toma de distancia puede ayudar a construir una respuesta de cálida al estrés debido a acontecimientos inevitables muy temidos. Puede ser una estrategia de afrontamiento si es empleada conscientemente por el niño, es por esto que se considera protectora, puesto que es una habilidad cognitiva que los niños emplean espontáneamente si son estimulados por sus padres.

1.7. Fuentes De Estrés En La Infancia

1.7.1. Familia

En la infancia, la familia como sistema social presenta una función primordial, definida por las intensas y estrechas relaciones de afecto y cuidado hacia el niño pequeño por parte de sus padres, relaciones que le brindan la oportunidad de supervivencia y desarrollo de habilidades y capacidades relevantes para desenvolverse en un mundo social, de aprendizajes y adquisiciones de conocimientos. La familia proporciona un amplio y variable contexto de funciones de apoyo que cubre todas las necesidades de desarrollo en estos primeros años, estimulando y moldeando además habilidades y capacidades que sustentarán comportamientos futuros, eficaces y habilidosos. Se sabe que la existencia de un entorno familiar afectuoso, que

cuide al niño y proporciones apoyos y recursos para su desarrollo, junto con un ambiente de bajo nivel de estresores, es requisito para un desarrollo saludable (Trianes, 2002).

Sin embargo, la familia inserta en un mundo social cambiante y en el que los usos, valores y condiciones socioeconómicas van transformándose con gran celeridad, experimenta cambios profundos, no sólo en su forma, sino en los roles que desempeñan sus miembros, en las relaciones que establecen entre sí y en las funciones que pueden irse cubriendo por parte de la familia como institución social. Estos cambios pueden ser positivos, por lo que tienen de adaptación al momento socioeconómico y suponer una mayor flexibilidad y riqueza personal en las persona, por ejemplo, la realidad de que no sólo la familia nuclear que nos muestra la publicidad es posible en la sociedad actual. Cómo afectan estas condiciones y cambios en la familia es difícil ser detectado por el niño, sobre todo en los menores de 3 años, por la escasa o inexistente capacidad de introspección a estas edades. Entre los diversos tipos de estresores, podríamos decir que unos están asociados a deprivación de estímulos necesarios para el desarrollo, otros relacionados con hechos naturales como el nacimiento de un hermano o la muerte de un padre. También existe el estrés producido por problemas graves que afectan la forma y función de la familia, como el asociado al divorcio de los padres, a ser maltratados o testigos de violencia familiar (Trianes, 2002).

A continuación se citan algunos estresores comunes en el área familiar (Pedreira, 1991):

Áreas Familiar y Social

- Pérdida de algún padre
- Perderse o que lo dejen solo
- Peleas entre los padres
- Ir al dentista o al hospital
- Romper o perder cosas
- Un nuevo bebé en la familia
- Hacer algo frente al público
- Divorcio
- Problemas económicos familiares
- Guerras
- Inseguridad social

1.7.2. Escuela

La escuela supone un contexto enriquecedor para el niño que le proporciona, mediante los recursos de la escolarización, posibilidades de desarrollo que la familia no garantiza ni puede aportar por sí sola. Esta afirmación, que es indiscutible, no es obstáculo para que se pueda describir algunas situaciones y circunstancias en las que las demandas de los contextos escolares supone una exigencia excesiva para ciertos niños y niñas que, debido a diversas circunstancias, desarrollan estrés y muestran negativamente en su desarrollo personal (Trianes, 2002). Dentro de las transiciones de la infancia, una muy importante es a los 3, 4 años de edad, en donde es el ingreso a la escuela y la adaptación a las demandas y exigencias del contexto escolar. El inicio de la escuela supone el paso de la vida familiar a una vida "social" en

una institución en la que el niño no tiene garantizada la aceptación a priori, sino que tiene que demostrar habilidades para conseguirla. Este tránsito requiere cambios de rutinas cotidianas confortables, alejamiento por periodos de tiempo determinados de las figuras paternas, forzosa autonomía para desenvolverse en un ambiente diferente en competición con otros niños, deseos de exploración y dominio de nuevas tareas y ambientes estimulantes. Es fácil que todos estos requisitos se den en niños que se desarrollan normalmente, pero también es fácil comprender que puede fallar alguno de ellos, no precisamente por retrasos o alteraciones en el desarrollo sino por otras muchas circunstancias
que afecten transitoria o crónicamente a la familia y al entorno del niño. El miedo o fobia asociado a ir a la escuela es un tipo de síntoma que revela hasta qué punto estas dificultades pueden suponer un estrés insuperable que ciertos niños no afrontan con éxito ni pueden manejar constructivamente (Humphrey, 1984).

Las demandas de aprendizaje y rendimiento académicos por parte de la educación escolar suponen otra fuente de dificultades que puede generar estrés. Además de lo mencionado, el niño debe ser funcional socialmente, llevar buenas relaciones con sus compañeros, evitar las peleas, sin embargo no siempre es posible debido a que no todos los niños tienen las habilidades para esto. Existen niños con diferencias físicas como podrían ser la obesidad, alguna discapacidad, alguna enfermedad crónica, o el que los compañeros de salón se enteren de la problemática familiar como el divorcio de los padres (Madders, 1987).

De acuerdo con Madders (1987) las principales fuentes de estrés en los niños en el área escolar son:

- Orinarse en clase
- Ser molestado por niños mayores
- Ser último en lograr algo
- Ser ridiculizado en clase
- Mudarse a un nuevo colegio o salón
- Realizar exámenes
- Llevar a la casa reportes de mala conducta
- Sacar malas calificaciones
- Llegar tarde al colegio
- Ser diferente a los otros niños (en lo físico, habilidades, expresión del lenguaje, conformación familiar, etc.)

1.7.3. Salud

Es bien sabido que las reacciones de los niños hacia el estrés en forma negativa pueden tener impacto en la esfera fisiológica y psicológica. De acuerdo con Sarason y Sarason (1990) las manifestaciones del estrés se dan simultáneamente en los aspectos psíquico, somático y conductual. Aunque existe alguna diferencia si el niño es mayor o menor a seis años. Porque mientras más pequeño es el niño, el estrés puede ser más severo aunque sus síntomas son menos evidentes para los padres. Los mayores, en cambio, pueden poseer cierta tolerancia y los signos son más fácilmente identificables para un especialista,

Algunos de los trastornos que el estrés y la ansiedad originan a nivel fisiológico en niños y adultos son: hipertensión, enfermedades coronarias, asma, insomnio, problemas gástricos, enfermedades relacionadas con el debilitamiento del sistema inmune, depresión, fatiga. A su vez, estos últimos trastornos tienen una influencia directa o se manifiestan en forma de un mayor número de accidentes, de actos violentos, explosiones emocionales incontroladas beber o comer en exceso, anorexia, abuso de drogas y en toda otra serie de comportamientos suicidas. Por su parte Madders (1987) menciona que algunos de estos malestares físicos como respuesta al estrés pueden ser:

I. Trastornos psicosomáticos:

- Alteraciones del sueño: insomnio, somnolencia
- Trastornos alimenticios: hiporexia o sobrealimentación
- Sensación de opresión en el pecho o de asfixia
- Somatizaciones digestivas: diarreas, estreñimiento
- Neurodermatitis
- Endocrinológicos
- Trastornos respiratorios: asma
- Cefaleas tensionales y migraña.

II. Trastornos funcionales:

- Inquietud, agitación motriz
- Trastornos del lenguaje hablado
- Rabietas, irritabilidad, sensación de ansiedad
- Enuresis, encopresis
- Tics

De acuerdo con Papalia y Wendkos (1997) Todas estas situaciones hacen que el niño se dé cuenta de que su mundo no es tan seguro como habían pensado y que, además, sus padres no pueden protegerlos en todo momento. Por tanto, la percepción que los niños tienen de estos eventos podría afectar a los niños a corto plazo, mediano o largo plazo.

Capítulo II

Afrontamiento

En el modelo de evaluación del estrés de Lazarus (1986), la idea central es que el afrontamiento sirve como mediador en las relaciones entre el estrés de la enfermedad y las conductas de salud resultantes. El modelo ilustra que los procesos de evaluación son centrales en la conducta humana en situaciones de estrés. Si un individuo es confrontado con una situación, primero la evalúa antes de entrar en acción. El modelo enfatiza el rol de un constante interacción de las cogniciones y emociones, y como el estrés puede afectar la evaluación individual de los problemas físicos. La teoría cognitiva del estrés psicológico y afrontamiento en el cual Lazarus y Folkman (1986) se basan es transaccional, debido a que la persona y el ambiente son vistas a través de una perspectiva dinámica, mutuamente recíproca y bidireccional.

Es así como Lazarus y Folkman (1986) definen a e*l afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.*

El afrontamiento no debe confundirse con el dominio sobre el entorno; muchas fuentes de estrés no pueden dominarse y en tales condiciones el afrontamiento eficaz incluiría todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar, aceptar o incluso, ignorar aquello que no puede dominar. La función del afrontamiento incluye mucho más que la resolución de un problema y su desarrollo efectivo sirve también a otras funciones. Su función tiene que ver con el objetivo que se persigue cada estrategia, el resultado del afrontamiento está referido al afecto que cada estrategia tiene.

Lazarus (1986) menciona que existen dos tipos de afrontamiento ante un evento estresante, estos son:

1. Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción:

Las formas de afrontamiento dirigido a la emoción están constituidos por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional e incluye estrategias como la evitación, la minimización, el distanciamiento, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. Ciertas formas cognitivas de afrontamiento dirigido a la emoción modifican la forma de vivir la situación, sin cambiarla objetivamente, estas estrategias equivalen a la reevaluación. Este tipo de afrontamiento se utiliza para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no importara, etc. (Lazarus y Folkman, 1986).

Dentro de los diferentes modos de afrontamiento dirigidos a la emoción se encuentran:

1. Reevaluación positiva: Describe el esfuerzo de crear un sentido positivo al enfocarlo en crecimiento personal, puede contener una dimensión religiosa.
2. Escape-Evitación: Describe los esfuerzos cognitivos y conductuales para escapar y evitar el problema.
3. Distanciamiento: Describe aquellos esfuerzos cognitivos por alejarse y minimizar la situación.
4. Autocontrol: Describe los esfuerzos de autorregular los sentimientos y las acciones.
5. Apoyo social: Describe los esfuerzos de buscar información adicional y soporte emocional.
6. Relajación/Técnicas de manejo del estrés: La relajación, la retroalimentación biológica, meditación, Inoculación al estrés, entre otras proporcionan al individuo que las practica un sentido de control debido a que este se da cuenta de que posee una forma de moderar sus reacciones ante la experiencia del estrés. El reconocimiento de esta capacidad puede reducir reacciones de ansiedad anticipatorios aumentando, al mismo tiempo, el sentido de la propia eficacia.

2. Modos de afrontamiento dirigidos al problema

Las estrategias de afrontamiento dirigidos al problema son parecidas a las utilizadas para la resolución de éste; como generalmente están dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, a la consideración de tales alternativas con base en su costo, beneficio, su elección y aplicación. Este tipo de afrontamiento engloba una serie de estrategias más amplias: la resolución del problema implica un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, mientras que en el afrontamiento dirigido al problema también se incluyen las estrategias que hacen referencia al interior del sujeto. Dentro de las formas de afrontamiento dirigidos al problema se encuentran:

1. Resolución de problemas: Describe esfuerzos deliberados enfocados al problema para alterar la situación, vinculado a una visión analítica para solucionarlo.
2. Confrontativo: Describe los esfuerzos agresivos para alterar la situación y sugiere algún grado de hostilidad y riesgo.
3. Apoyo social: Describe los esfuerzos de buscar información adicional y soporte emocional.

2.1. Afrontamiento Infantil

Uno de los principales problemas del estrés en la infancia es que los niños no cuentan con los recursos de afrontamiento que generalmente utilizan los adultos. Chandler (1985) ejemplifica algunas comparaciones entre afrontamiento en niños y adultos:

1. Ante una situación amenazante la reacción de ira en el niño es inaceptable. Por ejemplo, la maestra de la escuela puede enojarse con su alumno, expulsarlo o reprobarlo, más a éste no se le permite demostrar su ira contra ella del mismo modo.

2. Una persona adulta, al recibir el diagnóstico de una enfermedad grave y sentir que su vida se encuentra amenazada podrá realizar como afrontamiento el fumar un cigarrillo,

utilizar su red social pidiendo ayuda a sus familiares cercanos o simplemente negar la situación e irse de vacaciones.

3. A un adulto se le puede prescribir fármacos ansiolíticos ante una situación que le produzca insomnio o depresión, sin embargo esto no sucede en los niños, más que en aquellas excepciones de alguna patología así lo requiera.

Todos estos ejemplos son muestran algunas de las diferencias en los recursos disponibles entre el modo de afrontamiento de un adulto y de un niño. Para percibir el estrés se supone que la situación estresante tiene una posibilidad de manejo, es decir, que el sujeto puede hacer algo, aunque sea insuficiente. Ante la muerte de un padre el niño no puede hacer nada, por lo tanto, propiamente, no experimentaría estrés. Pero si lo experimenta es debido a los cambios y giros que puede sufrir su vida ante este acontecimiento vital. Estas circunstancias requieren hacer algo para superar los aspectos negativos que se derivan de la desaparición del padre. Por este motivo, cuando se refiere a la muerte de un padre como estresor, en realidad se refiere a las consecuencias de dicho acontecimiento. Como el afrontamiento es una respuesta de esfuerzo se distingue de conductas reflejas, automáticas y realizadas sin intención de superar el problema. Son, además, estrategias de afrontamiento, es decir, acciones voluntarias encaminadas a un objetivo (Chandler, 1985).

La concepción del afrontamiento infantil se derivó del campo del afrontamiento de los adultos. Sin embargo, la evidencia indica que las habilidades de afrontamiento de los niños pueden diferir de las de los adultos en aspectos importantes. Por ejemplo, los niños van a tener un repertorio de afrontamiento limitado como se ejemplifico anteriormente: la dificultad de los niños pequeños para expresar verbalmente sus emociones puede ser el resultado de la inmadurez cognitiva y de su limitación en el vocabulario, lo cual está considerado como uno de los factores que subyacen a la dificultad para comunicar el malestar físico o emocional producto del estrés (Pedreira, 1991).

De especial importancia es que los niños tienen muy poco control sobre las circunstancias. Están muy limitados por restricciones reales, tienen poca libertad para poder evitar activamente las circunstancias estresantes y muestran una gran dependencia de su familia y contexto escolar. Cabe recordar que ninguna respuesta hacia el estrés es puramente fisiológica o psicológica, o en el otro extremo completamente patológica o totalmente adaptativa. La activación simultánea psicológica y fisiológica depende de la evaluación del evento estresante por el niño. Cada individuo realiza la conducta de afrontamiento que a su parecer es la más adecuada y aunque existe la posibilidad de combinar dos conductas de afrontamiento existe la tendencia a realizar continuamente un mismo tipo de afrontamiento ante una situación estresante. Si esta acción ya no funciona debido a que el estresor o la situación demanda mayores recursos, surgirá en el individuo la necesidad de buscar otro tipo de afrontamiento que le sea funcional (Trianes, 2002).

En ocasiones una situación estresante puede ser el inicio de un "circulo vicioso" en la cual un tipo de afrontamiento inadecuado, produce una mayor cantidad de estrés para lo cuál el niño debe utilizar otra conducta de afrontamiento que si continua siendo inapropiado llevará a que la situación sea evaluada como desbordante de recursos. Es así como este círculo puede llevar al

individuo a realizar conductas generalmente aversivas contra él como lo son el uso de la violencia física, drogadicción, abandono de la escuela, y hasta el suicidio. Los niños pueden mostrar ciertos patrones en sus reacciones frente al estrés. Estas reacciones son intentos adaptativos para ajustarse a las demandas del ambiente estresante. Esto se puede ejemplicar con una línea recta; en un extremo están las conductas adaptativas y efectivas y por el otro los comportamientos desadaptativos frente a los estresores (Chandler, 1985).

Chandler (1985) menciona que el afrontamiento de los niños ante el estrés puede considerarse en un eje en el que se hallan cuatro cuadrantes, es decir, con cuatro patrones de respuesta:

1. *Respuesta Dependiente*: falta de autoconfianza, dificultad para aceptar las críticas, pobre asertividad, poca participación en actividades.

2. *Respuesta Reprimida*: mucha sensibilidad, fácilmente se molestan o se les hieren sus sentimientos, temerosos ante nuevas situaciones, poca confianza en sí mismos, preocupados innecesariamente.

3. *Respuesta Pasivo-Agresiva*: frecuentemente son niños de bajo rendimiento académico, tienden a postergar sus deberes; poco cooperativos, despistados; sus notas tienden a bajar.

4. *Respuesta Impulsiva*: exigente, desafiante, de temperamento explosivo; iniciarán incomodidad o molestia en sus interacciones con otros niños; Por otro lado puede ser muy activos, descuidados en su trabajo escolar.

Desde este punto de vista, la conducta del niño bajo estrés puede ir desde el extremo pasivo al extremo activo; y por otro lado, del extremo introvertido al extremo extrovertido. Una representación gráfica de este modelo será mejor comprendido si se construye un eje. Mientras más extremas sean las conductas (hacia los polos Activo-Pasivo o Introversión-Extroversión), más desadaptativos será el ajuste del niño a su ambiente.

Moos y Billings (1982) describieron unos patrones de respuesta en infantes para enfrentar las situaciones estresantes:

1. *Aceptación resignada*: aceptar la situación tal como ocurre. Hay un sentimiento de sometimiento al destino o que nada puede hacerse.

2. *Descarga emocional*: las respuestas de este tipo involucran una carencia de control en las emociones, dejando que se exterioricen de manera intensa.

3. *Desarrollo de recompensas alternativas*: para compensar la frustración o la pérdida experimentada, la persona puede recurrir a buscar metas sustitutas, creando fuentes alternativas para buscar satisfacción. Implica una conducta autónoma.

4. *Evitación cognitiva*: se escapa en las fantasías, en el "*soñar despierto*" y en negar la situación estresante.

2.2. Afrontamiento Y Desarrollo

Al igual que la edad y el desarrollo ligado a ella influyen en la interpretación del estímulo estresante y en la respuesta que se ofrece, también modula e influye en el tipo de afrontamiento posible. Todos los profesores, por ejemplo, saben que los niños pequeños no pueden afrontar la ansiedad y el temor como los mayores o los adolescentes, debido a sus limitaciones cognitivas, emocionales y sociales, pero también saben que existen fuertes diferencias individuales. Es decir que, independientemente de la experiencia de la edad, se pueden observar estilos más o menos hábiles de afrontamiento en niños pequeños . En la edad escolar, los niños y niñas tienden a emplear como estrategias de afrontamiento dirigidas a solucionar directamente el problema, como estrategias de evitación. No obstante, a diferencia de los más pequeños, a esta edad comienzan a hacer uso de estrategias dirigidas a reducir o aliviar la emoción negativa que experimenta, como por ejemplo, hablarse a sí mismos de forma positiva. También, comienzan a emplear estrategias de afrontamiento cognitivas (análisis del problema, elaboración de diferentes soluciones, reestructuración mental de la situación para percibirla positivamente, distraerse mentalmente (Trianes, 2002).

Los niños de edad escolar no buscan tanto apoyo en los adultos como los preescolares, en las cuestiones relacionadas con problemas en las relaciones con el grupo de compañeros suelen buscar el apoyo de los compañeros antes que el de los padres. También hay una disminución en el uso de estrategias basadas en huir o evitar las situaciones estresantes o escapar de ellas, más propias de preescolares. Hablando de las estrategias asociadas a ciertas situaciones, los niños utilizan estrategias basadas máximamente en la acomodación a la situación para enfrentarse a estresores médicos o conflictos con la autoridad y en cambio, utilizan estrategias de afrontamiento del problema para manejar estresores específicos como la pérdida de un amigo, las dificultades académicas o con iguales Chandler (1985).

Capítulo III|

Ansiedad Infantil

Los cuadros clínicos de los trastornos ansiosos en el niño son diversos, con rasgos constantes en función de la edad del niño. No es sino después de algunos años cuando se establece una clínica de los trastornos mentales específicos de la infancia independiente de cualquier connotación "adultomórfica". A principios del siglo pasado, el interés prestado a los "trastornos mentales" era más bien psicopedagógico. Los trastornos del humor fueron inmediatamente mejor individualizados y las depresiones en el niño se convirtieron en uno de los grandes capítulos de los paidopsiquiatria. Si en clínica del adulto se ha precisado correctamente la psicopatología de la angustia, su evolución y sus diversas formas, y se ha identificado su impacto y su abordaje terapéutico, por el contrario, en el niño, la consideración del fenómeno ansioso ha sido mucho más tardía. Muy a menudo, el reconocimiento de la ansiedad en el niño se limita por parte del adulto en reconocer la importancia de los "miedos infantiles" (Coudert, Lachal, Jallenques, 1998).

Desde las aportaciones de Sigmund Freud (1919) y Melanie Klein (1964) (citados en Coudert, Lachal y Jallenques, 1998) a las teorías psicoanalíticas relativas a la angustia han ido sumándoseles un conjunto de trabajos de teorías contemporáneas que tratan de dar explicación a este complejo fenómeno. La etiología nos ha proporcionado unos modelos comprehensivos de los posibles comportamientos particulares propios de la especie humana y de los primates superiores: han definido mejor por comparación y experimentación, el impacto ligado a las carencias fundamentales precoces de tipo afectivo y a las ausencias de apoyo y han reparado tanto en los efectos inmediatos como en las posibles consecuencias sobre el desarrollo del niño con la aplicación de estrategias terapéuticas a corto y a medio plazo.

Sea cual fuere su naturaleza, psíquica u orgánica, la angustia infantil debido a su intensidad y sus manifestaciones agudas y perdurables se convierte en una verdadera enfermedad que puede evolucionar por sí misma. Toda vida psíquica se inscribe en un marco emocional de corporeidad y lenguaje, marco tanto consciente como inconsciente, el niño a través de sus emociones y sus estados de ánimo elabora mediante acciones y reacciones lo que será su privilegiado territorio existencial y creativo: su propia persona. A través de logros obtenidos en su medio natural, participará en el plano más general de la humanización socializante propio de la especie humana: él nace en una cultura. Al mismo tiempo experimenta la relación más importante la que lo une a su madre, relación fundamental de su seguridad, organizadora de su ser, quien le permitirá en adelante acceder a las siguientes etapas de su desarrollo: la separación-individualización (Coudert, Lachal, Jallenques, 1998).

La etimología de los términos angustia y ansiedad viene del latín *angere*, que significa constreñir. El adulto traduce a menudo la percepción física de la angustia en términos de "opresión" o, por el contrario, de dilatación con pérdida de las referencias corporales. El niño lo expresa a veces directamente diciendo, por ejemplo, con "siento algo en el estómago". La formas de expresión del flujo de ideas correlativas con la angustia se elaboran en función de

las capacidades cognitivas del niño, de su vivencia familiar, relacional, de su lenguaje y de su imaginación.

Spielberger (1972, p. 482) la define como *"un estado o condición emocional displacentera caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión y preocupación, y por la activación del sistema nervioso autónomo"*

Humphrey (1984) define a la ansiedad como un factor "inductor del estrés" y además agrega que:

- La ansiedad es considerada como una reacción aprendida que tiene la propiedad de responder ante cualquier situación amenazante.
- La ansiedad es un miedo internalizado disparado por la memoria de experiencias traumáticas del pasado, asociadas con el castigo por la gratificación de un impulso.
- La ansiedad en el salón de clases interfiere con el aprendizaje.
- La ansiedad puede ser definida como un *miedo o temor cuando no existe algún peligro físico.*

Así mismo, Humphrey (1984) hace distinción entre ansiedad general y ansiedad situacional.

La ansiedad general, también llamada ***Ansiedad Rasgo***, crónica, o Ansiedad Neurótica, es una característica de personalidad disposicional. Se le considera como una tendencia general hacia el ser ansioso, y es resultado de experiencias pasadas. La tendencia general a ser ansioso es frecuentemente algo aprendido en la infancia y traído hasta la etapa de adultez, convirtiéndose de esta manera una parte de la personalidad y del estilo de vida.

La ansiedad situacional, o ***Ansiedad Estado***, es una función resultante a un evento en particular. Es específica a una actividad, tal como hablar en público, realizar un examen, o alguna otra situación demandante. Cuando la reacción es excesiva esta ansiedad situacional se puede convertir en una reacción fóbica.

Bandura (1988, p. 77) define la ansiedad como *"un estado de aprehensión anticipatorio sobre posibles acontecimientos perjudiciales"*

Cano (1989, p. 294) define a la ansiedad como: *"un conjunto de manifestaciones experienciales, fisiológicas y expresivas, ante una situación o estímulo que es evaluado por el individuo como potencialmente amenazante, aunque objetivamente puede no resultar peligroso"*

En cuanto a la distinción de los conceptos teóricos de estrés y ansiedad cabe mencionar que, generalmente, se le consideran como idénticos. Sin embargo, algunos investigadores como Endler y Edwards (citado en Echeburúa, 1993) que han trabajado en el primero insisten en los aspectos fisiológicos y consideran la ansiedad como un sentimiento subjetivo que acompaña al

estrés. Este último abarca, además, otra serie de sentimientos negativos como la intranquilidad y la agresividad e, incluso, la depresión.

3.2 Ansiedad Infantil

Las respuestas de ansiedad están integradas a modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de los niños. Como mecanismo de vigilancia del organismo, sirven para alertar al niño de posibles peligros y, por ello, desempeñan un papel protector en la preservación del individuo y de la especie. Desde esta perspectiva, la existencia de respuestas de ansiedad- dentro de ciertos límites—es más un signo de salud que una señal de enfermedad. Hay ocasiones, sin embargo, en que las respuestas de ansiedad no desempeñan una función *adaptativa*, se disparan de forma totalmente descontrolada y son causa de sufrimiento para los niños que las experimentan. La posibilidad de experimentar respuestas de ansiedad al revivir recuerdos desagradables, imaginar situaciones amenazantes o pensar con temor en el presente o en el futuro es exclusiva de la especie humana en comparación a los animales que cuentan con una menor capacidad cognitiva para anticiparse a las consecuencias negativas y por ello, solo presentan signos de ansiedad cuando tienen una causa inmediata de temor real (Echeburúa,1993).

Echeburúa (1993) cita algunos de los miedos y ansiedades evolutivos normales más frecuentes en las fases del desarrollo infantil:

Edad	Temores Más Frecuentes
0-1 años	Estímulos intensos y desconocidos. Personas extrañas.
2-4 años	Animales. Ansiedad de separación imaginaria de la madre.
4-6 años	Oscuridad. Imágenes fantasiosas. Separación física de la madre.
6-9 años	Daño físico. Hacer el ridículo. Problemas con los amigos. Problemas en la escuela.
9-12 años	Accidentes y enfermedades. Mal rendimiento escolar. Conflicto entre los padres.
12-18 años	Relaciones interpersonales. Pérdida de autoestima.

Tabla 2 Temores más frecuentes a través del desarrollo infantil.

A medida que el niño crece y se desarrolla la capacidad de recordar el pasado y de prever el futuro, sus miedos van formulándose cada vez más en términos de peligros imaginarios o remotos, o bien en términos de contrariedades que no le atañen inmediatamente pero que le pueden afectar en el futuro. Si bien puede haber una cierta continuidad entre los trastornos de la vida adulta y los de la niñez, hay tres trastornos de ansiedad característicos de la infancia y de la adolescencia, los cuáles se citan a continuación según el DSM-IV.:

Trastornos Fóbicos
a)Fobias específicas
b)Fobia escolar
c)Trastorno de evitación
Trastornos De Ansiedad Sin Evitación Fóbica
a)Ansiedad de separación
b)Ansiedad excesiva
Otros Trastornos De Ansiedad
a)Trastornos obsesivo-compulsivo
b)Trastornos mixto de ansiedad y depresión

Tabla 3 Clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia (DSM-IV-TR)

En cuanto a cuestión de género se refiere, existe una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad en niñas que en los niños, como también ocurre en la vida adulta. Un hecho de esta naturaleza no puede ser sino resultado de una interacción entre variables biológicas y culturales. Desde una perspectiva biológica, las respuestas de ansiedad favorecen la supervivencia de la mujer, que está menos dotada físicamente para protegerse de los peligros de la naturaleza y requiere una protección adicional durante el embarazo y la crianza de los hijos. Desde una perspectiva cultural, hay una educación diferencial que actúa tempranamente sobre las niñas induciendo respuestas de miedo ante estímulos desconocidos y considerando la aparición de dichas respuestas de temor como propias de su sexo (Echeburúa, 1993).

Pelicier (1987) menciona que la manifestación psíquica de esta alteración emocional puede ser pobre o por el contrario extensa; esto no depende, sin embargo únicamente de la edad. En ocasiones se observan entre niños muy pequeños, notables diferencias entre los que expresan con una enorme riqueza imaginativa y fantasmática, la euforia emocional experimentada y los que, dando la impresión de no apreciarla, la expresan más bien mediante su comportamiento (citado en Coudert, Lachal, Jallenques, 1998).

Algunas de los mecanismos que los niños utilizan frente a su ansiedad son los mecanismos de aprensión y de anticipación ansiosa, en contraste con un comportamiento que refleja mecanismos incesantes de evitación y de huida. Otros expresan una intensa angustia que no pueden dar ninguna explicación o razón a su trastornos emocional.

3.3. Manifestaciones En La Esfera Cognitiva: La Inhibición Cognitiva.

Son considerados ante todo como formas de aminorar la angustia y de "racionalizarla": fobias, obsesiones, mecanismos de aislamiento e imitación retroactiva, pensamiento mágico y conjugatorio.

La inhibición, que no es un proceso deficitario, sino, por el contrario, un proceso activo, es un proceso complejo que puede observarse en circunstancias clínicas diversas. Para Widlocher (1985), se trata de una imposibilidad en la realización de una conducta previsible y esperada en

una situación dada y de la que se sabe es instrumentalmente realizable. Colonna (1988) ha propuesto una secuencia que describe la inhibición ansiosa y que tiene el mérito de la simplicidad y de ser compatible con la mayoría de las teorías y situaciones clínicas. Una situación dada provoca en e niño, la evocación de situaciones desagradable del pasado y la aparición de la angustia. La inhibición viene a impedir el completo desarrollo de la situación y funciona, por tanto, como defensa contra la angustia. La inhibición en sí misma, es vista por el niño como angustiante, creándose de este modo un círculo vicioso. Ver figura 4.

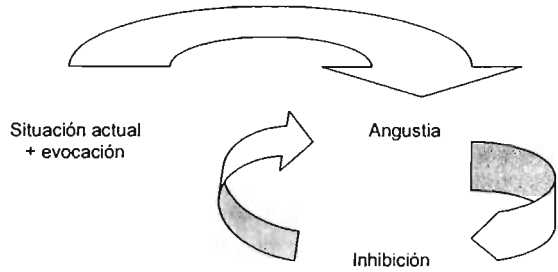


Figura 3 Inhibición cognitiva de Colonna (1988).

Además de la esfera intelectual, la comunicación de la expresión emocional y de la motricidad los están alterados por la inhibición. El ambiente de competición y evaluación que reina en la escuela favorecerá la inhibición y las conductas de fracaso. Del mismo modo la atención y memoria están frecuentemente alteradas a causa de la ansiedad. A nivel de la comunicación, el lenguaje resulta a menudo alterado: la voz está apagada y con frecuencia el niño habla en voz baja. El ritmo de la palabra suele ser irregular y marcado por las interrupciones, que le dan a la palabra un tono mecánico y artificial. Pueden darse períodos de mutismo. Respecto a la capacidad de interacción social, existe inhibición que repercute sobre el inicio de las relaciones con los demás: el niño nunca "toma la iniciativa", permanece a la expectativa, observa a los demás sin decir nada. En la expresión emocional, estos niños tienen bastantes dificultades para liberar sus emociones, lo que puede hacerles parecer fríos y poco sociables a los demás. La inhibición motriz se traduce en enlentecimiento y disminución de la actividad global, pudiendo llegar hasta la supresión de algunos gestos o actitudes de inmovilidad.

3.4.Reacciones Fisiológicas De La Angustia En El Niño

La búsqueda de "patrones fisiológicos" específicos de cada emoción, especialmente de la angustia, ha sido objeto de múltiples estudios en el adulto. Entre los principales índices fisiológicos de los síndromes ansiosos se encuentran: aceleración de la frecuencia cardiaca, elevación de la tensión arterial, vasoconstricción a nivel de las extremidades, dilatación pupilar prolongada bajo el efecto del estrés, aceleración de la frecuencia respiratoria, menor rendimiento del oxígeno inspirado, temblor de las extremidades y tensión muscular acentuada, modificaciones electroencefalográficas (ritmo alfa disminuido y beta aumentado), elevación de las tasas de cortisol circulante y de aldosterona, elevación de las catecolaminas sanguíneas y

urinarias, y modificación de la actividad de las glándulas sudoríparas medida a través de la actividad electrotérmica (aumento de la conductancia, habituación más lenta a nuevos estímulos) (Lader, 1980).

En los pacientes que sufren síndromes ansiosos, los niveles en el número de estos índices no sólo son más elevados, sino que regresen a valores basales más lentamente tras un estrés agudo que en un individuo "normal". Estas manifestaciones son, en general, más prolongadas entre los pacientes que presentan una ansiedad generalizada que entre los que sufren fobias u otras formas de ansiedad específicamente ligadas a ciertas situaciones y por las cuales estos índices no se alteran más que cuando se encuentran frente a la situación temida. Los trabajos relativos a los índices fisiológicos de los trastornos ansiosos en el niño son raros y sugieren que las modificaciones observadas entre los niños ansiosos son paralelas a las descritas en los adultos que padecen trastornos ansiosos (Werry, 1986; citado en Coudert, Lachal, Jallenques, 1998).

4. Tratamientos De Los Cuadros De Ansiedad En El Niño

Cierto número de psicotrópicos (antidepresivos, benzodiacepinas, neurolépticos, antihistamínicos) son prescritos a los niños que padecen trastornos ansiosos. Por ejemplo los antidepresivos se indican en síndromes ansiosos infantiles como lo son las fobias escolares y los trastornos obsesivo-compulsivos. Las benzodiacepinas se indican en cuadros de inhibición ansiosa contrarestando la deshinibición. Las benzodiacepinas poco sedativas también están indicadas cuando se quiere actuar sobre la repercusión somática del síndrome ansioso así como en trastornos del sueño reduciendo la fase IV del sueño durante la cual aparecen las pesadillas, los terrores nocturnos y las manifestaciones del sonambulismo. Por otra parte, los neurolépticos se indican para mostrar efecto en el componente comportamental por su efecto antiagresivo y su acción sobre la inestabilidad, así como en casos de ansiedad aguda (Werry, 1986 ;citado en Coudert, Lachal, Jallenques, 1998).

Es innegable que los fármacos psicotrópicos ocupan un lugar importante en el tratamiento de los diversos síndromes observados en el niño. Pero el beneficio terapéutico será para el mayor, cuando el abordaje no se limite únicamente a la medicación, se tenga una tención multidisciplinaria y se evalúe correctamente el riesgo de efectos indeseables. Es por esto que la ayuda de psicoterapia brinda al niño y a su familia un abordaje integral y con mayor nivel de éxito. Por ejemplo, la psicoterapia con abordaje cognitivo-conductual en el niño se basa, al igual que en el adulto, en la comprensión de los mecanismos de adquisición y mantenimiento de los comportamientos. Los comportamientos inadaptados o "patológicos" son considerados, desde esa óptica, como adquiridos y mantenidos según los mismos mecanismos que los comportamientos adaptados. Si el entorno puede estimular y animar a un niño en sus logros, también puede mantener en el niño, a través del esfuerzo, unas conductas patológicas que las terapias cognitivo-conductuales intentan desactivar a favor de conductas más adaptadas.

Hoy en día, la diversidad en psicoterapia enfocada a problemas de ansiedad del niño va en aumento, como ejemplo a esto se encuentra la Relajación, la Retroalimentación Biológica y la Imagenería, hasta abordaje orientales como lo son el Yoga aplicado en niños.

En conclusión, las interacciones entre ansiedad, estrés y afrontamiento, y su relación con la salud y la enfermedad son de una gran complejidad. Hay una interacción entre todos estos factores, y la manera en que un adulto o infante percibe una situación estresante es un determinante importante de cómo afrontará esta situación.

Capítulo IV

Relajación y Manejo del Estrés Infantil

El estrés es un hecho inevitable en la vida diaria. Sin embargo, la forma en que se afronta establece grandes diferencias en cuanto a la adaptación a él como resultado final. Tanto niños como adultos enfrentan situaciones estresantes cada día, aunque también se experimentan períodos de descanso y de relajación. Uno de los objetivos del entrenamiento en el manejo del estrés es el de aprender a tener períodos de relajación después de periodos de estrés. A este ciclo de estrés y relajación se le ha llamado ***ciclo de actividad-descanso***. Cuando este balance se altera o se rompe por una alta exposición al estrés y no suficiente relajación, los resultados pueden ser nocivos para la salud, tanto física como psicológica, debido a que el estrés impacta sobre los estados emocionales de un individuo contribuyendo a la aparición, desarrollo y mantenimiento de emociones como el miedo, la ansiedad, la tristeza, la ira y la depresión.

La palabra "relajación" etimológicamente es de origen latino y viene del verbo "*relaxo-are*", que significa soltar, liberar, descansar. Desde el punto de vista histórico, la relajación se ha asociado, a un estado de conciencia caracterizado por la calma, la serenidad y otros estados alterados de conciencia Es por esto que las prácticas de relajación han aparecido, en la mayor parte de las culturas, teñidas de un toque filosófico, moral y hasta religioso. A lo largo de la historia, la evolución del concepto y del entrenamiento en relajación, ha discurrido por distintos caminos. A partir del nacimiento de la medicina psicosomática, que da importancia tanto al aspecto psicológico de la persona como al físico, el estado de tranquilidad se refiere a ambos. Es decir que, la relajación comprende un proceso cuyo objetivo es la búsqueda de un estado de equilibrio cuerpo-mente como vía de bienestar y salud (Amador, 1989). Situación que incluye aspectos psicológicos de la experiencia de la relajación, tales como una percepción de bienestar y la ausencia de pensamientos estresantes o molestos.

Por tanto, la palabra "relajado" se emplea para referirse a los músculos flojos o bien pensamientos sosegados. Se supone que existe una conexión entre ellos puesto que puede inducirse un estado aparentemente general de relajación usando métodos fisiológicos o psicológicos. De acuerdo con Titlebaum (citado en Benson, 1975) puede afirmarse que la relajación tiene tres objetivos:

1. Como medida de prevención, para proteger a los órganos del cuerpo de un desgaste innecesario, y especialmente a los órganos implicados en las enfermedades relacionadas con el estrés.
2. Como tratamiento, para facilitar el alivio del estrés en condiciones tales como hipertensión esencial, dolor crónico, insomnio, asma, deficiencia inmunitaria, ansiedad, etc.
3. Como una estrategia para hacer frente al estrés, calmar la mente y permitir que el pensamiento sea más claro y eficaz. El estrés puede debilitar mentalmente a las personas; la relajación puede facilitar el restablecimiento de la claridad de pensamiento.

Ante esto, Peveler y Johnston (1986) reportaron que la información positiva almacenada en la memoria resulta más accesible cuando la persona está relajada.

4.1. Teorías De La Relajación

Se han explorado los mecanismos considerados responsables de conseguir un estado de relajación, dando lugar a un cierto número de teorías. Algunas de ellas ponen énfasis en los aspectos fisiológicos, tales como la actividad autónoma y la tensión muscular, mientras otras se centran en elementos psicológicos tales como el pensamiento y las actitudes hacia uno mismo. Dentro de las teorías sobre la respuesta de relajación se encuentran las fisiológicas y las psicológicas.

4.1.1. Fisiológicas

Los sistemas corporales asociados con los estados de tensión y de relajación son:

1. El Sistema Nervioso Autónomo.
2. El Sistema Endocrino.
3. El Sistema Músculo-Esquelético.

4.1.1.1. Sistema Nervioso Autónomo (SNA)

La estimulación nerviosa es gobernada por el SNA. Éste tiene dos ramas: el simpático o somático, que incrementa la estimulación cuando el organismo está amenazado, y el parasimpático que vuelve a situar al cuerpo en estado de reposo. Sus acciones son involuntarias y están diseñadas para capacitar al organismo para sobrevivir (Fig. 4)

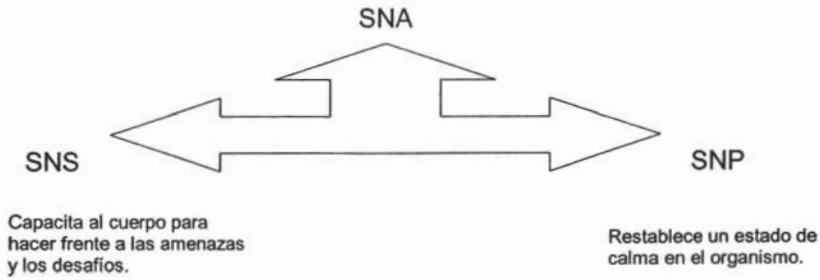


Figura 4 Sistema Nervioso Autónomo

Ante una situación estresante o de excitación, el SNS incrementa la actividad del corazón y redistribuye la sangre de las vísceras hacia los músculos voluntarios. La tensión arterial y el ritmo respiratorio aumentan, y existe un mecanismo para perder el exceso de calor, por lo cual disminuye la temperatura periférica. Estos cambios se conocen colectivamente como respuesta de "*lucha-huida*", que se caracteriza por un incremento en:

- El ritmo cardiaco.
- La tensión arterial.

- El ritmo de coagulación de la sangre.
- El flujo de la sangre hacia los músculos voluntarios.
- El contenido en glucosa de la sangre.
- El ritmo respiratorio.
- A agudeza de los sentidos.
- La actividad de las glándulas sudoríparas

y una reducción de:

- la actividad del tracto digestivo
- la temperatura distal (manos / pies).

En ausencia de un estresor o de excitación, estas acciones se invierten: el SNS pierde su predominio y el SNP asume el control. El método de relajación de Benson (1975) tiene como finalidad contrarrestar los efectos de la actividad simpática fomentando la acción del SNP, explorando con ello la naturaleza recíproca de las dos partes del SNA.

4.1.1.2. Sistema Endocrino (SE)

El SE y, especialmente, las glándulas adrenales están estrechamente asociados con el SNA. Estas glándulas liberan hormonas que modifican la acción de los órganos internos en respuesta a los estímulos ambientales. Situadas encima de los riñones, las glándulas adrenales se componen de corteza y médula.

La médula produce las catecolaminas noradrenalina y adrenalina, cuya liberación es controlada por el SNS. Se cree que la noradrenalina produce cambios asociados con la conducta agresiva y de lucha. La hormona incrementa el estado de vigilancia y crea, en conjunto, una agradable sensación de viveza.

La adrenalina está asociada con la ansiedad y con la conducta de huída; se incrementa el aporte de sangre a las piernas, se experimentan sensaciones de amenaza y las capacidades mentales se reducen (Looker y Gregson, 1989). Ambas hormonas se producen bajo condiciones de dificultad, pero su predominio relativo parece estar influido por la emoción que prevalece. Así, una persona que se enfrenta a un desafío que percibe como agradable, tiende a producir más noradrenalina que adrenalina, mientras que una persona que percibe el mismo desafío como amenaza, tenderá a producir más adrenalina que noradrenalina.

La corteza adrenal produce corticoides, el más importante de los cuales es el cortisol cuya función es mantener el aporte del combustible a los músculos. De este modo, favorece la acción de las catecolaminas. Asimismo, existe la evidencia que indica que los niveles normales de cortisol mejoran el sistema inmune (Looker y Gregson, 1989; Jefferies, 1991). Niveles altos de cortisol, tales como los creados por el estrés prolongado o por dosis farmacológicas, están sin embargo, asociados con un sistema inmune deprimido. Ante la dificultad, se liberan todas las anteriores hormonas. Cuando dicha situación pasa, y ya no se precisa la respuesta de estrés, el SNP produce ahora en reposo.

4.1.1.3. Sistema Músculo Esquelético (SME)

Jacobson en 1938 propuso que la liberación de la tensión en la musculatura esquelética tenía el efecto de calmar la mente. Por lo tanto, el SME es considerado como un mediador en el alivio del estrés y de la ansiedad. El método de Jacobson, la relajación progresiva, se compone de técnicas de tensión-liberación diseñadas para desarrollar la autopercepción de las sensaciones musculares. Esta percepción permite al individuo desarrollar la capacidad de liberar consciente y voluntariamente la tensión (Payne, 2002; citado en Ramirez, 2003).

4.2. Psicológicas

Estas teorías de la relajación comprenden tres tipos:

1. Conductuales.
2. Cognitivas.
3. Cognitivo-conductuales.

4.2.1. Teorías Conductuales

Esta teoría plantea que la conducta está determinada por los acontecimientos del ambiente. Por tanto, son los eventos por si mismos y su naturaleza los que conducen al individuo a comportarse de forma predecible. El tipo de relajación, considerada dentro de esta perspectiva teórica es la relajación muscular (Payne, 2002; citado en Ramirez, 2003) la cual será abordada más adelante.

4.2.2. Teorías Cognitivas

Esta teoría considera las sensaciones como una función del pensamiento. Las percepciones, interpretaciones, suposiciones y/o conclusiones que establece un individuo sobre una situación producirán sensaciones específicas que a su vez determinan el comportamiento. De esta manera, la experiencia del estrés y de la ansiedad está relacionada con el modo en que se interpretan los acontecimientos de la vida (Lazarus y Folkman, 1986).

En este sentido, Beck y Ellis (cit en: Ramirez, 2003) consideran que el individuo es capaz de controlar sus pensamientos y, por tanto, que tiene el poder de modificar sus sentimientos y su conducta si lo desea. Sus modelos se ocupan respectivamente de hacer frente pensamientos irracionales y de poner en cuestión modelos de pensamiento no racional. Estos enfoques pertenecen a la reestructuración cognitiva, es decir, combaten los "modelos de pensamiento auto-destructivos reordenando las percepciones, valores y las actitudes del individuo" (Lichstein, 1988).

4.2.3. Teorías Cognitivo-Conductuales

Esta teoría plantea una interacción entre las técnicas cognitivas y conductuales.

4.2.4. Teorías de Efectos Específicos

La ansiedad puede expresarse en tres dimensiones: el fisiológico, el cognitivo y el conductual. La hipótesis de los efectos específicos (Davidson y Schwartz, 1976) afirma que un tratamiento que opera en el modo en que se presenta la ansiedad será más efectivo que uno que opere en un modo diferente; es decir, puede ser adecuado ajustar el tratamiento al problema específico que se manifiesta. Por ejemplo, el dolor de cabeza causado por la tensión es más probable que

responda a un método somático, como la liberación de la tensión muscular, que uno cognitivo, como puede ser la corrección de modelos no racionales del pensamiento. Por tanto, el entrenamiento en un modo es inapropiado si la ansiedad se manifiesta en otro.

4.2.5. Teorías Unitarias

Estas teorías proponen un solo efecto de relajación generalizada resultante de cualquier método. La "respuesta de relajación" de Benson se basa en que todas las técnicas de relajación obtienen una sola y común respuesta generalizada. El método de la relajación progresiva de Jacobson se basa también en una teoría unitaria, en la que la liberación de la tensión muscular es contemplada como la creación de un estado general de relajación.
La diferencia entre los "efectos específicos" y "generalizados" ha sido menor al proponerse que los propios efectos específicos podrían sobreponerse a la respuesta de relajación general, sobre que se sobrepone un modelo específico de cambios producidos por la técnica concreta empleada.

4.3. Relajación y Manejo del estrés

Con frecuencia, el entrenamiento de la relajación es considero como un componente de un conjunto más global, denominado Manejo del Estrés (Powell y Enright, 1990), cuyo propósito es desarrollar estrategias cognitivas y conductuales para hacer frente al estrés de manera eficaz. Es decir, es un enfoque general que ofrece un abanico de alternativas para manejar el estrés tales como:

1. Psicoeducación.
2. Reestructuración cognitiva.
3. Habilidades sociales.
4. Autocontrol.
5. Relajación en sus diferentes formatos, entre otras.

Por tanto, la relajación es uno de los componentes esenciales en el manejo del estrés. De esta manera, el presente trabajo se centrará en los diferentes procedimientos de relajación, describiéndose una diversidad de métodos y técnicas que han sido aplicados en programas para el manejo del estrés en niños. Muchas de las técnicas relajación como: Relajación Autógena, Relajación Muscular Progresiva, Imaginería, etc. son variaciones de prácticas orientales. Las técnicas de relajación han sido enseñadas y transmitidas de generación en generación durante más de 50 siglos. El Entrenamiento Autógeno o Relajación Autógena es introducida en el año de 1932 por J. H. Schultz de sus estudios de la primera edición alemana (Chirico, 1992). Más tarde la Relajación Muscular Progresiva es introducida en occidente de la mano de Jacobson en el año de 1938 siendo una de las primeras técnicas empleadas en el manejo de la ansiedad generalizada. Veinte años más tarde, en 1958 Wolpe aplicó una versión reducida del procedimiento de Jacobson para incluirla en la técnica conductual de la desensibilización sistemática (Amutio, 1998).

4.3.1. Métodos o Técnicas de Relajación

4.3.1.2. Respiración

La respiración constituye una parte integral de casi todos los ejercicios de relajación. Patel menciona que la historia de las técnicas respiratorias puede remontarse a la práctica hindú del yoga, el cual incorpora ejercicios preparatorios de respiración (citado en Amutio, 1989). La respiración ha sido utilizada durante miles de años para reducir la ansiedad y promover un estado de relajación generalizado. La respiración relajada es una habilidad a ser aprendida y que puede ser apropiada para contrarrestar la hiperventilación que se produce en situaciones ansiógenas, al romper el círculo vicioso generado por la conciencia que tiene la persona de su activación fisiológica en presencia del estímulo ya que una tasa de respiración baja está asociada a una mayor relajación y un decremento de la ansiedad (Amutio, 1989).

La respiración diafragmática permite que el organismo se oxigene de manera adecuada. Las situaciones estresantes facilitan forma de respiración "anómalas", y estos patrones de respiración disfuncional son marcados por una respiración superficial y rápida pueden estar en la base de una aceleración basal o fisiológica.

Labrador (citado en Amutio, 1989) hace referencia a otra serie de beneficios reportados por una buena respiración aparte de la reducción de la actividad fisiológica. Estos son: la reducción de la tensión muscular, el aminoramiento de la irritabilidad, de la fatiga, de la ansiedad, y una sensación generalizada de tranquilidad y bienestar. Las terapias en las que se enfatiza el uso correcto de la respiración son un componente frecuente de una gran variedad de regímenes terapéuticos, especialmente de los programas de reducción del estrés, debido a sus rápidos efectos calmantes. Pueden ser practicadas solas, o en combinación con
otra serie de técnicas como el Entrenamiento autógeno, Relajación Muscular Progresiva, Yoga, etc.

4.3.1.2.1. Anatomía Y Fisiología De La Respiración

La respiración es un proceso vital mediante el cual es ser humano toma el oxígeno del ambiente. Se lleva a cabo en dos tiempos bien distintos: la respiración externa o pulmonar, y la respiración interna o de los tejidos. El acto respiratorio es el conjunto de dos movimientos: la inspiración y la espiración.

a) Inspiración

La inspiración es esencialmente activa y se debe a la contracción de los músculos inspiratorios que dilatan el tórax en los tres diámetros: anteroposterior, vertical y transversal. El aumento del diámetro vertical depende del músculo diafragma que reduce su curva hacia abajo; la ampliación de los otros dos se efectúa por la acción de los músculos intercostales que se acortan, levantando las costillas que, de ésta manera, llevan hacia delante su extremidad anterior y hacia fuera su convexidad externa. En la realización de estos movimientos los pulmones, gracias a su elasticidad, se comportan pasivamente. Los pulmones están contenidos en una cavidad cerrada, el tórax, capaz de distenderse y reducirse. Por lo tanto, se hallará una estrecha relación entre el pulmón y el tórax: la movilidad del tórax genera necesariamente la del pulmón. Con el aumento del diámetro del tórax, la capacidad de la caja

rehace máxima; los pulmones se dilatan pasivamente y de este modo entra el aire en ellos (Chirico, 1992).

b) Expiración / Exhalación

La expiración es un fenómeno generalmente pasivo, determinado por la relajación de los músculos inspiratorios y por el retorno de los órganos a su posición original. Las costillas y el esternón bajan, el diafragma se levanta; por lo tanto, disminuye la capacidad toráxico y los pulmones se vacían, determinando la expulsión del aire. No toda. Una cierta cantidad, que recibe el nombre de aire residual, se mantiene en ellos. La frecuencia respiratoria media es de unos dieciseis actos respiratorios por minuto. En las mujeres es superior (aproximadamente veintiuno). Normalmente, cada acto respiratorio entran unos 500 centímetros cúbicos de aire; el volumen máximo de aire que puede introducirse se evalúa alrededor de los 4,500 centímetros cúbicos. En el acto respiratorio el movimiento del músculo diafragma puede prevalecer sobre el esternón y el de las costillas, o viceversa. En los hombres se da un tipo de respiración abdominal (diafragmática) o costal inferior. En la mujer la respiración adopta en general la forma costal superior. La diferencia hay que observarla en relación con la función procreativa: durante el embarazo el diafragma no podría presionar hacia abajo sin dañar el útero. La respiración interna se produce entre la sangre y los tejidos. La sangre, una vez que ha llegado a las ramificaciones periféricas, libera oxígeno que, a través de las paredes de los capilares, penetra en las células. De las células recibe anhídrido carbónico y vapor de agua (Chirico, 1992).

4.1.2.2. El Centro Respiratorio

La coordinación de los movimientos respiratorios depende de un único centro nervioso que reside en el bulbo raquídeo y que se denomina centro respiratorio. Este se encuentra en un estado de permanente excitabilidad, lo que es la causa de la sucesión continua y rítmica de los actos respiratorios. La voluntad, los estados psíquicos, las acciones reflejas pueden modificar sólo temporalmente los movimientos de la respiración; pero en los centros bulbares existe un estímulo automático absolutamente independiente. Con excepción de la musculatura lisa de la tráquea, los bronquios y sus ramificaciones, todos los otros músculos que participan en el acto respiratorio son estriados. En el bulbo raquídeo se originan impulsos nerviosos que estimulan los músculos inspiratorios, determinando la inspiración. En la fase espiratoria no existe intervención del bulbo, ya que esta fase está determinada solamente por la reducción de la amplitud del tórax. El centro respiratorio está estimulado de modo continuo y autónomo por la sangre venosa que lo irriga. El bulbo es sensible a las variaciones de anhídrido carbónico presente en la sangre, a tal punto que un aumento del mismo excita el centro de la respiración con el consiguiente aumento de la frecuencia del acto respiratorio. El bulbo también está influido indirectamente por vía refleja, por la corteza cerebral; lo observamos cuando voluntariamente variamos el ritmo respiratorio y, además retenemos la respiración durante un momento (Patel, citado en Amutio, 1989).

También las emociones pueden modificar decisivamente la respiración. Además, son importantes los reflejos respiratorios provocados por los nervios vagos. En la respiración normal cada inspiración y cada espiración son interrumpidas y provocadas reflexivamente por obra del vago. Existen, receptores sensibles a la presión de los pulmones, éstos estimulan el nervio vago pulmonar dependiendo de la mayor o menor presión pulmonar. La inspiración se debe a una disminución de la presión que inhibe el centro respiratorio y permite que se produzca la

espiración. Partiendo de estos conceptos fisiológicos sobre la automacidad de la respiración, el ejercicio propone la interiorización de esta realidad; el cuerpo respira solo, sin necesidad de intervención de la voluntad. Tomar conciencia de ello significa disponerse a vivir el acto respiratorio en estado autógeno, por lo que efectivamente es: una función esencial para nuestra vida, pero ajena a nosotros, ya que se genera por su propia cuenta (Chirico, 1992) .

En conclusión: la respiración no depende de nuestra voluntad, pero está influida por los estímulos provenientes del bulbo raquídeo, el centro respiratorio, que tiene la función de coordinar los movimientos de la respiración. Por ello, únicamente al practicar la respiración se debe concentrar en el movimiento de la respiración y constatar su total autonomía de nuestra voluntad.

4.2. Modelo De Reducción Del Nivel De Activación De Benson

Herbert Benson (1975) propuso que el objetivo fundamental del entrenamiento en relajación es la reducción del nivel de activación fisiológica, esto es, la generación de un estado hipometabólico no específico. Con anterioridad, Wallace y Benson (1972; citado en Benson1975) habían examinado el estado fisiológico exhibido por los sujetos que practicaban la meditación, durante, antes y después de las sesiones. Así, durante las sesiones de práctica de la meditación, los sujetos exhibían lo que parecía ser la antítesis de la respuesta de estrés de lucha o huida propuesta por Cano en 1932, en la cuál los sujetos mostraban unos parámetros fisiológicos bajísimos, como por ejemplo, un ritmo cardiaco muy decelerado, una baja tasa respiratoria, así como un enlentecimiento de la actividad metabólica. A este conjunto de respuestas Benson (1975) denominó la ***respuesta de relajación.*** Esencialmente, esta respuesta constituye un intento hecho por el organismo para combatir los efectos del estrés, e incluye un número de diferentes cambios corporales, todos ellos dirigidos hacia la reducción del nivel de activación fisiológica, incluidos hacia la reducción del nivel de activación fisiológica, incluida la actividad metabólica.

Años más tarde, Benson y Friedman (citado en Benson, 1975) encontraron que muchas técnicas de relajación, incluyendo la meditación trascendental, como el Zen, el yoga, el Entrenamiento Autógeno y la Relajación Progresiva, inducían una respuesta fisiológica similar a la de respuesta de relajación. Así según el modelo de Reducción del nivel de activación, todos los procedimientos de relajación, desde la Relajación Progresiva hasta las Técnicas de meditación, son esencialmente iguales, ya que todos ellos producen el mismo efecto: la reducción del nivel de activación fisiológica. El común denominador del modelo de Benson (1985) es que todas las técnicas de relajación están encaminadas a la reducción de la actividad del sistema nervioso simpático. Un estado de relajación está caracterizado por una gran cantidad de actividades viscerales relacionadas con la activación del sistema nervioso parasimpático, como son, la reducción de la tasa cardiaca y respiratoria, de la presión, arterial un consumo de oxígeno reducido, etc. Por lo que cabe esperar que la relajación inhiba actividades de los órganos mediados por el sistema nervioso simpático, resultando en una mayor vasodilatación periférica y resistencia de la piel.

4.3. Modelo Autogénico de Shultz

Su creador J. H. Schultz (citado en Chirico, 1992) define que etimológicamente deriva del griego "autos" (sí mismo), "gen" (devenir, lograr), es decir: es *una ejercitación o entrenamiento,*

desarrollado a partir del propio "si mismo" del sujeto y que configura a dicho "si mismo". El principio sobre el que se fundamente el método consiste en producir una transformación general del sujeto de experimentación mediante determinados ejercicios fisiológicos y raciones y que, en analogía con las más antiguas prácticas de hipnosis y relajación exógenas, permite obtener resultados idénticos a los que se logran con los estados sugestivos auténticos. .El entrenamiento autógeno es una de las técnicas para tratar el estrés y sus efectos, fue desarrollado en Occidente y que consiste en una serie de sencillos ejercicios destinados poner en marcha mecanismos restauradores asociados con la relajación psicofísica profunda. Es un método que, practicado todos los días, produce a nivel mental resultados comparables a los que consiguen mediante la meditación oriental; y a nivel físico produce los cambios físicos y químicos asociados a un riguroso entrenamiento deportivo. A diferencia de la mayoría de las otras técnicas de relajación, puede practicarse en cualquier lugar y a cualquier hora. El momento y el sitio están limitados sólo por la imaginación y la motivación de quien lo practica. Algunos de los ejercicios pueden realizarse al caminar o con objeto de mantener el estrés a un nivel adecuado.

El entrenamiento autógeno está especialmente destinado a la mente occidental porque a diferencia de muchas formas de meditación y del yoga, no tienen connotaciones culturales, religiosas ni cosmológicas y no requiere ningún objeto para su práctica o posturas inhabituales. Quizá lo más importante de todo, sea que, como implica el nombre que también recibe de entrenamiento autógeno, la relajación física y mental y la sensación de paz y tranquilidad se generan dentro del individuo y no dependen de valores externos, filosofías o terapeutas. Además el entrenamiento autógeno ayuda a mantener un equilibrio entre las actividades de los dos hemisferios cerebrales lo mismo que entre las dos divisiones del sistema nervioso autónomo: la simpática y la parasimpático ayudando a mantener el equilibrio entre las mitades dominante y no dominante del cerebro, permitiendo que esta segunda encentre su plena justificación y dejando una expresión más libre (Chirico, 1984).

4.3.1. Practica De La Relajación Autógena

Las condiciones ambientales influyen sobre el estado de ánimo de los practicantes de cualquier tipo de relajación, y la adquisición de una posición correcta garantiza a toda la musculatura una relajación objetiva, la práctica del EA no exige ningún tipo de instrumento especial, basta con contar con una habitación con luz suave, silenciosa y no sujeta a cambios bruscos de temperatura. Schultz establece tres posiciones para la ejecución de los ejercicios: la posición supina o tendido de espaldas, sentado en un sillón y la posición en un banquillo.

Como ya se mencionó para realizar cualquier tipo de relajación es necesario mantener una respiración diafragmática, correcta en el Entrenamiento Autógeno no es la excepción. El tiempo de ejecución de los ejercicios, sumando los tiempos y las pausas de cada representación de la fórmula, se llega aproximadamente de cuatro a seis minutos. La frecuencia de práctica de los ejercicios debe ser una vez al día como mínimo y no se aconseja su práctica después de las comidas (debido a que puede aparecer un estado de somnolencia), o en momentos en los que la persona se encuentre contrariada ya que la relajación no tendrá ningún efecto.

Kermani (1990) menciona que el Entrenamiento Autógeno está contraindicado contra aquellas personas que padezcan las siguientes patologías:

1. Durante o después de un infarto de miocardio agudo. El EA resulta extremadamente útil si se practica unos tres meses después del ataque, puesto que puede ayudar a prevenir posibles problemas cardiacos en un futuro.
2. Diabetes Mellitus tipo I y II. En caso de practicarse el paciente se deberá realizar exámenes de orina y sangre periódicamente.
3. Glaucoma. Se han reportado casos en los que personas con glaucoma después de un periodo de práctica de EA aumentan su presión ocular.
4. Enfermedad psiquiátrica como esquizofrenia o depresión grave con cuadro psicótico.
5. Alcoholismo y drogadicción (consumo de drogas como la heroína, morfina, cocaína, cannabis, etc.) puesto que podría experimentar un grave síndrome de abstinencia y depresión.
6. Epilepsia o patologías en donde se observe alterada la función eléctrica del cerebro- En ocasiones puede incrementar la frecuencia de los ataques.
7. Crisis de ausencia

4.4. Relajación Infantil

Las técnicas terapéuticas utilizadas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia son muy similares a las de los adultos. Más que en aspectos conceptuales, las diferencias radican en la adaptación del procedimiento a la edad y las características del niño, así como en el papel más directivo del terapeuta y/o co-terapeuta. La relajación es una técnica terapéutica adecuada en el control de la ansiedad inespecífica, como ocurre por ejemplo, en el trastorno de ansiedad excesiva, y hasta cierto punto, en el trastorno de ansiedad de separación. En este caso la relajación se constituye en una estrategia de afrontamiento para hacer frente a los estímulos y situaciones activadoras de ansiedad (Bragado, 1992).

La curiosidad natural que los niños tienen sobre su cuerpo puede proveer "el momento ideal para la educación", especialmente cuando preguntan por ejemplo: ¿por qué mi corazón late más rápido cuando estoy exaltado? ¿por qué mis manos sudan cuando estoy asustado? ¿por qué empiezo a respirar más rápido cuando algo me sale mal? Estas preguntas de los niños nos señalan que ellos saben cuando algo malo está pasando en sus cuerpos, aunque no están necesariamente conscientes que estas reacciones pueden ser en respuesta al estrés. Es por esto que mediante el juego, se puede lograr que los niños conozcan los beneficios de la relajación, la cual aumenta su tranquilidad y mejorara entre otras cosas su estado de salud. A los niños la relajación les sirve para distender el organismo y disminuir el estrés muscular y mental. Facilita una mejor calidad de escucha, una participación más activa y una mayor receptividad, ayuda a aumentar la confianza en si mismo, la memoria y la concentración lo cual permite mejorar la calidad del aprendizaje. La relajación canaliza las energías de los niños, ajusta el nivel de activación y produce un bienestar general (Humphrey, 1984).

De esta forma los programas para el manejo del estrés en niños están dirigidos hacia mejorar su calidad de vida, esto es en parte una acción de medida preventiva, en la actualidad existe una serie de técnicas interesadas en este rubro como lo son la utilización de la imageneria, la Relajación Autógena y la Relajación Muscular Progresiva entre otras. Los niños no pueden ser responsables del todo por su salud, y es por esto que la supervisión de los padres y maestros juega un papel fundamental al integrarse y promover actividades que incluyan la relajación, es

por esto que la escuela es un lugar idóneo para fomentar la práctica de actividades contra el estrés y sus manifestaciones (Nadeau, 1998).

Allen y Klein (1996) concluyen los siguientes beneficios de la relajación para con los niños y las diferentes ocasiones en que esta se puede utilizar:

- Ayuda a disminuir los efectos del estrés
- Ayuda al niño a tranquilizarse antes de una actividad demandante.
- Permite al niño relajarse después de algún evento estresante.
- El utilizar la relajación les permite recuperar la respiración diafragmática
- Le permite incrementar su actuación escolar
- Le ayuda a mejorar problemas de insomnio
- A favorecer el pensamiento positivo
- Aumenta su capacidad de concentración
- Desarrollar un auto-concepto positivo
- Practicar y desarrollar la imaginación
- Simplemente a divertirse

Uno de los pioneros en programas de relajación para niños fue el educador Suizo Johann Henrich Pestalozzi. Mientras trabajaba a diario con niños escolares, Pestalozzi observó que después de un periodo de juego los niños tendían a concentrarse con mayor facilidad en sus labores. Más tarde en 1895, Holmes menciona que un corto periodo de actividad física servia para estimular una mejor actuación mental, bastaba con solo un receso de 10-20 min., en el transcurso del día escolar. Aunque estas prácticas no se consideraban dentro de un programa de manejo del estrés, servían a los participantes como una diversión mental. Ya en años más recientes, Forman y O'Malley (1984), postulan que las intervenciones en manejo del estrés escolar, proveen una opción viable para los servicios psico-educativos que tienen el potencial de promover la salud física y emocional en niños como en adultos.

Conger en 1985, diseña un programa de intervención para reducir los efectos de la ansiedad, en niños de nivel primario. El propósito de este estudio fue determinar la efectividad en la disminución de los niveles de ansiedad, los cuales fueron medidos con la utilización del STAIC (State-Trait Anxiety Inventory for Children). El número de sujetos participantes fue de 80 de entre genero masculino y femenino, todos alumnos de una escuela pública en Kansas. Se utilizó un diseño experimental 2x2, 2 grupos experimentales y 2 grupos control. El STAIC fue utilizado en forma de pre-test y post-test. Al grupo experimental se le dio la intervención del programa reductor de ansiedad. Este programa incluyó Relajación, Imageneria, Role-Playing y Sesiones con Objetivos limitados. Para determinar la existencia de diferencias significativas entre el grupo control y experimental y entré genero masculino y femenino, se utilizó un análisis de varianza. El análisis estadístico mostró una diferencia significativa entre el grupo control y el experimental en la variable de género, mostrando que en el género femenino arrojo una mayor puntuación de ansiedad. Los resultados del este estudio de Conger, indican que el programa para reducir la ansiedad, ayudo al grupo experimental a disminuir los niveles iniciales de ansiedad.

Hutchinson (1983) examinó la efectividad y viabilidad de un programa de manejo de estrés para niños de tercer grado. Menciona que para aminorar los efectos de ansiedad en aprendizaje en la escuela se deben implementar programas de acuerdo a necesidades y condiciones especiales e individuales de los alumnos. Considera que todos los niños son víctimas potenciales de los efectos negativos de la ansiedad, es por esto de vital importancia la investigación sistemática de la efectividad de los diferentes programas de intervención con niños escolares. En su investigación utilizó una muestra de niños de tercer grado de primaria. Así mismo se instruyó a dos maestras de la escuela para aplicar el Programa de Manejo de Estrés, el cuál tuvo una duración de seis semanas con sesiones diarias las cuáles incluyeron actividades con Relajación Muscular Progresiva, Técnicas de Respiración, Imaginería guiada, Evocación de relajación muscular, Relajación autógena y actividades recreativas. Una tercera maestra fue instruida para utilizar como placebo otro tratamiento llamado "*Break Time*" (Tiempo fuera), el cuál incluyó diferentes actividades recreativas y lúdicas. Las variables dependientes en esta investigación incluyeron: la habilidad para relajarse, el muestreo de conductas por los maestros, el auto-reporte de relajación, actividades de relajación, actitudes de maestros y alumnos hacia el programa. Las variables independientes fueron pertenecer al grupo del Programa en Manejo del Estrés y el grupo perteneciente a las actividades recreativas.

Por medio de un análisis de varianza se reveló diferencias significativas en el grupo perteneciente el Programa del Manejo del estrés en comparación con el grupo de actividades recreativas. La conclusión fue que el Programa de Manejo del estrés es viable y efectivo cuando es enseñado por la maestra de clases en un espacio conocido por los niños, asumiendo que el maestro está convencido de la importancia del programa y del tiempo necesario para realizarlo.

Elliott y Olson (1983) desarrollaron un programa cuyo objetivo reducir el distrés de niños intervenidos en tratamiento médico por algún tipo de quemadura. El programa se desarrolló con niños de entre 5 y 12 años de edad, y sus efectos fueron medidos con ayuda de un análisis regresivo considerando una línea base. A cada niño se le enseñaron técnicas de reducción de estrés por un terapeuta. Estas estrategias incluyeron ejercicios de atención-distracción, técnicas de respiración diafragmática, reinterpretación emotiva con imaginería del contexto del dolor, y actividades lúdicas como reforzadoras. Los resultados indican que el programa fue moderadamente efectivo en reducir conductas estresantes durante los tratamientos para tres de cuatro niños. Aunque, el diseño también reveló que la presencia de un terapeuta para ayudar al paciente fue esencial, y que los niveles de distrés aumentaron ligeramente en los días en que no intervino el terapeuta.

Zaichowsky y Zaichowsky (cit. En: Humphrey, 1984) evaluaron los efectos de un programa de relajación de seis semanas de duración, considerando variables de medición en el ámbito físico y psicológico. Su muestra estuvo conformada por 24 sujetos, 12 del género femenino y 12 del género masculino, mientras que 19 sujetos conformaron el grupo control, todos los niños pertenecientes a cuarto grado de primaria. El grupo experimental recibió 18 sesiones en técnicas para manejo del estrés. Al concluir la investigación se observó que los sujetos del grupo experimental fueron capaces de incrementar su habilidad para controlar las respuestas fisiológicas como la respiración, tasa cardiaca y la temperatura de la piel. También se observaron reducciones en el auto reporte de su estado de ansiedad. Todas estas habilidades,

a excepción de la temperatura periférica de la piel y el estado de ansiedad, obtuvieron diferencias significativas a diferencia del Grupo Control. En esta investigación los autores concluyeron que los niños pueden comprender y aprender a regular fácilmente las respuestas fisiológicas activadas por eventos estresantes

En otro estudio, Disorbio (citado en Humphrey, 1984) examinó la efectividad del método de entrenamiento en relajación, utilizando elementos del programa psicoeducativo Kiddie QR (Stroebel, Stroebel y Holland, 1980), utilizo para la medición de su efectividad variables fisiológicas, afectivas y cognitivas en niños ansiosos de una escuela primaria. El grupo experimental estubo conformado por 55 niños de "Jardin de niños" hasta 5to año de primaria, 27 sujetos fueron del género masculino y 28 del género femenino. El mismo número sirvió como grupo control, el cuál no recibió los 6 meses de entrenamiento en relajación. Se utilizó un método experimental en forma pre-test y post-test para cada una de las sesiones, así como instrumentación en biofeedback (Retroalimentación biológica) para medir la actividad electromiográfica del músculo extensor del antebrazo y la temperatura del dedo índice derecho; ambos fueron medidos en forma inicial y final de la presentación del estresor. Para conocer el índice de ansiedad inicial y final de los sujetos, se utilizó el STAIC (Escala de ansiedad en niños Rasgo-Estado, de Speilberger, 1973), así como la Escala de Inteligencia en niños WISC-R para evaluar la habilidad para concentrarse. Los datos obtenidos del entrenamiento en forma pre-test y post-test fueron evaluados por medio de un análisis de covarianza. Se pudieron observar efectos significativos y benéficos al evaluar este programa
de relajación en la habilidad para relajarse de los niños después que se les presentaba el estresor, así como un incremento en la capacidad para concentrarse. Según los autores estos resultados indican la necesidad para una mejor y mayor exploración en cuanto a los diferentes métodos de relajación y de sus efectos en la población infantil.

El uso de la Música clásica en la Relajación, fue experimentada por Mc Donnell (citado en Humphrey, 1984) para reducir el estrés en niños hospitalizados. Ella sugiere que la utilización de la música puede reducir los niveles de ansiedad, lograr una mejor adaptación a la enfermedad y contribuir a mejorar la experiencia y percepción hacia el hospital y de su personal. La autora presenta la descripción de tres casos de niños de 6-16 años de edad para ilustrar el papel de la música en la disminución de problemas conductuales y en el mantenimiento "del equilibrio emocional" en niños hospitalizados con tratamientos largos y con una necesidad de limitación en movimiento corporal. Así mismo Dreikurs (citado en Oaklander, 1996).) menciona la utilidad de la música para con niños afásicos y con problemas de ansiedad.

Armstrong, Collins y Walker (citado en Humphrey, 1984) describen su experiencia en la aplicación de su programa de relajación el cuál interviene en las siguientes áreas: 1)problemas conductuales, 2)conductas de evitación y 3)diferentes aplicaciones médicas. Los sujetos participantes en esta investigación reportaron problemas conductuales como la impulsividad, agresividad e hiperactividad, así como problemas de aprendizaje. Los estudios en los que se utilizó la relajación con el Grupo experimental el cuál incluyó niños con problemas de hiperactividad indicaron que existe una disminución en la tensión muscular y en el índice de conductas reportadas por padres de familia a diferencia del Grupo Control. Por lo tanto esto podría sugerir la utilidad de la relajación en niños hiperactivos. Similar a esto, la relajación ha sido utilizada en niños con trastornos de aprendizaje y problemas de agresividad.

Allen y Klein en 1996 implementan su programa de relajación llamado: "Ready, Set, R.E.L.A.X." Su muestra experimental consistió en 123 niños de sexto año de primaria. El grupo control estuvo compuesto por 120 niños de sexto año. En su investigación utilizaron en forma de pre-test y post-test el Inventario de Depresión para niños, el CMAS-R (Escala de Ansiedad Manifiesta en niños) y la Escala de Auto-concepto para niños de Piers y Harris. Ellos utilizaron la relajación muscular progresiva de Jacobson, ejercicios de Imagineria y Ejercicios de respiración diafragmática. Para conseguir la autorización de los padres de los niños, se redacto una carta en donde se les explicó los objetivos del programa, pidiéndoles su autorización para la participación de su hijo. La mayoría de las actividades fueron acompañadas con piezas de música barroca seleccionada exclusivamente para inducir la relajación. También se incluyó un cuestionario final en donde los niños retroalimentaron a los autores. El programa tuvo una duración de un año, las sesiones tuvieron una duración de 15 minutos en donde se les indujo a la relajación, siempre con la música seleccionada de fondo.

Por medio del análisis estadístico de los datos los autores concluyeron que el grupo experimental mostró diferencias significativas al compararlo con el grupo control, mostrando una disminución en la puntuación de ansiedad y depresión, a la par de haber incrementado su auto-concepto.

Todos estos programas de manejo del estrés y ansiedad para niños se han encontrado con un alto porcentaje de éxito, suficiente hasta el momento para sugerir y continuar la experimentación en esta línea. *Aunque se debe de considerar que la conducta motriz es aparentemente reducida por la relajación, aunque no siempre se encuentran cambios en el ámbito cognitivo y psicológico. Por lo tanto las investigaciones que incluyen múltiples tipos de relajación, afectarán en múltiples resultados y dimensiones. Por ejemplo aquellos programas en que se utiliza la Relajación Muscular Progresiva, demuestran efectos consistentes en medidas conductuales. Los mecanismos responsables para arrojar diferencias en los resultados no han sido del todo identificadas, debido a la carencia de múltiples y convergentes métodos de medición y comparación en los múltiples componentes de tan sólo un ejercicio de relajación.*

A continuación se describen algunos programas que abordan *el estrés infantil en forma educativa, por esto* se les puede considerar como *psicoeducativos.*

4.1. 1. Programa "The Humphrey Program"

Este programa fue ideado por Hans Selye en 1980, su interés comienza en el área educativa, cuando desarrolla un programa para niños escolares que pudiera brindarles información sobre qué es el estrés y sus manifestaciones. En un principio crea el programa llamado "Ayudando a los niños a comprender el estrés" (Helping Children Understand About Stress). Selye (citado en Humphrey, 1984) menciona: "creo conveniente y extremadamente importante comenzar a enseñar el concepto del estrés a los niños desde sus primeras edades, generalmente existe una amplia gama sobre estrés en adultos, pero en mi conocimiento existe una limitada literatura del estrés en población infantil".

En su investigación, el Dr. Selye inicia su programa por conocer la actitud de los niños hacia algunas situaciones estresantes. Esto lo realiza por medio de un instrumento en el cuál explora la actitud del niño. A continuación se muestran algunas de las preguntas utilizadas en este:

1. ¿Cómo te sientes cuando haces algo bueno por los demás?
   a) Me siento muy bien y feliz
   b) Me siento orgulloso
   c) Siento un bienestar por todo mi cuerpo
   d) Me siento feliz y creo que lo volvería hacer

2. ¿Cómo te sientes antes de hacer un examen en la escuela?
   a. Tengo un sentimiento extraño en el estómago
   b. Me siento agitado o con miedo
   c. Me siento nervioso y temeroso
   d. Me siento enfermo

3. ¿Cómo te sientes cuando no puedes hacer algo que quieres?
   a. Me siento enojado y no me gusta
   b. Me siento con ganas de matar a la persona que no me lo permitio
   c. Me dan ganas de gritar o aventar las cosas
   d. Me doy por vencido

Esta investigación la realizó con una población de 100 niños, pudiendo recopilar suficientes datos e información para determinar la opinión y conceptualización del estrés por los niños. Esta información fue utilizada para discutir con los niños del programa, la respuesta del cuerpo ante un evento agradable y desagradable.

El siguiente paso fue desarrollar un "escenario temático" con el cual trabajar con los niños. Selye (1975) decidió trabajar con los niños por días enteros teniendo como "ayudantes" a los padres, amigos del niños, compañeros de clase y a sus maestros. Las temáticas incluyeron problemas en casa, en la escuela y en lugares de juego o socialización. A los niños se les relataba una historia de aproximadamente 1,500 palabras, y se les mostró un total de 27 cartoncillos conteniendo ilustraciones que acompañaran el texto narrado. Los sujetos participantes tenían entre seis y nueve años de edad. El propósito fuel determinar la gama en la cual el niño podía comprender los conceptos del estrés, así como evaluar el interés en su contenido.

La actividad se considero un éxito, los maestros que observaron a los niños indicaron que desplegaron gran interés en el contenido de las lecturas en comparación a otros materiales de lectura de comprensión. El paso final del proyecto fue el tener el material reproducido para la distribución a individuos que desearan proporcionar la información para ayudar a los niños a entender el fenómeno del estrés. Con este fin, el proyecto fue apoyado por Kirnbo Educational, New Jersey en 1980, bajo el título de: Ayudando a los Niños a comprender el estrés (cit. En: Humphrey, 1984). Consiste en una serie de casetes (para que el niño escucha la historia), diez libros de la historia "*Ted aprende sobre el estrés*" (lectura de comprensión), y un manual para el maestro de clase.

En resumen, debido a que el material de estas historias fue seleccionado científicamente, preparado y probado, se le podría considerar único en el área de escucha y lectura de comprensión en cuanto al tema del estrés. En cuanto a los resultados el autor solo menciona

que estos han sido muy satisfactorios por lo que se refiere al interés de los niños en cuanto a la escucha y lectura de las historietas. Sin embargo, no se menciona ningún tipo de medición utilizado en esta intervención.

4.1.2. Programa "Kiddie QR"

Otra intervención innovadora para ayudar a los niños a comprender el estrés y ansiedad es el programa Kiddie QR conocido como el "Respuesta Silenciosa" (QR). La técnica se originó por Charles F Stroebel, M.D. Director de Investigación, del Instituto Vida, en Hartford, Connecticut en 1980. En un comienzo, esta intervención fue utilizada exclusivamente con adultos. El Dr. Stroebel acredita a su esposa Elizabeth, y otro socio, Dr. Margaret Holland, como modificadores de la técnica para el uso con los niños y adolescentes (citado en Humphrey, 1984).

Basado en evidencias objetivas, el programa Kiddie QR da énfasis al concepto del bienestar en el cuerpo en forma que el niño vea la ventaja de "hacernos amigos de nuestro cuerpo". Esencialmente, este fue un programa de intervención primaria, es decir de cuidado y prevención de salud en niños desde los cuatro a los nueve años de edad para ayudarles a afrontar el estrés. El programa esta dividido en 16 elementos experimentales grabados en casetes con una duración de tres a siete minutos. Los casetes se acompañan por varios folletos que explican cómo usar el material en detalle. Por ejemplo, El casete Número 16, comprende el tema "Mis sentimientos de bienestar", este número se diseñó para ayudar a un niño a entender que la homeostasis es un estado de equilibrio fisiológico y psicológico. Refuerza el concepto que el cuerpo es inherentemente bueno y que con el cuidado y los mecanismos de seguridad incorporados cada niño puede tener una vida saludable y feliz.
Una de las dimensiones importantes del programa Kiddie QR, es el énfasis en la integración de las áreas Mente/Cuerpo como uno de los medios para ayudar a los niños a entender sobre la ansiedad y el estrés y qué hacer pueden con él.

Stroebel y sus colaboradores opinan que los niños al igual que los adultos confunden los conceptos de "*psyched*" (estrés) y "*hyped*" (distrés). La expresión "*psyched*" la explican como un estado mental aumentado o elevado que puede asemejarse a un estado entusiástico positivo de tensión saludable o la una excitación saludable. La expresión "*hyped*" implica un grado excesivo de excitación del cuerpo, sugestivo de energía improductiva. Debido a las presiones cotidianas es fácil de confundir estos estados y asumir que ambas reacciones son en parte del comportamiento. Para una buena salud y desarrollo, es esencial que tener el niño tenga acceso al conocimiento del espectro de emociones y sensaciones físicas, para de esta forma hacer consciente de los estados o cambios en nivel de la excitación, y así identificar aquellas que son estrés y distrés.

En el programa de Kiddie QR se utilizó una simple ilustración para ayudar a los niños a comprender la compleja idea de integración de cuerpo y mente. Esto se hizo con la comparación e interacción de las reacciones emocionales y fisiológicas en sus cuerpos y se comparó con la construcción y funcionamiento de un automóvil del juguete.

Ejemplos:

- Carrocería del automóvil ..... Los Huesos del cuerpo
- Radiador.....La sangre del cuerpo
- Carburador.....Pulmones
- Bomba de gasolina .....Corazón
- Faros de luz .....Ojos
- Llantas..... Pies
- Frenos/caballos de fuerza.....Músculos
- Gasolina.....Hormonas
- Batería.....Energía en el cuerpo
- Acelerador.....Emociones

Esta comparación ayudo a que los niños identificaran como el Nivel de Activación Emocional originado en su cerebro, dispara a su vez reacciones fisiológicas dentro de su cuerpo.

Así para que su "auto de carreras" funcionara adecuadamente cuando se necesitara, ellos deberán saber controlar la velocidad, y mantenerlo en un estado optimo para su buen funcionamiento así como tener una mente alerta y el cuerpo tranquilo para el buen funcionamiento del automóvil.

Semejantemente, los niños aprenden que su cuerpo funciona similar al mecanismo y funcionamiento de un automóvil y que sus emociones actúan como el centro del mando de su cuerpo, y así como el acelerador (pies) comandan la velocidad en el automóvil. En esta carrera, el niño reconoce que los mecanismos de señalamiento preparan a los diferentes sistemas y órganos del cuerpo para "acelerar" a una activación máxima cuando sus emociones y hormonas alertan su cerebro para realizar algo y "desacelerar" cuando las señales enviadas por su cerebro disminuyen la activación.

La analogía del automóvil y el cuerpo ayuda a un niño a visualizar la integración del cuerpo. Este programa enfatizó con los niños el hablar sobre cómo las emociones activan ciertas sensaciones del cuerpo que a veces pueden ser incómodas como el sentir mariposas en el estómago, o un corazón latiendo rápidamente, o los sentimientos de ansiedad y miedo sin entender sus orígenes.

4.1.3. Programa "Tigger Juice"

Este programa de intervención combina Ejercicios de Relajación y Desensibilización Sistemática con Imagineria. Lo desarrolló Steward Bedford en 1981 (citado en Humphrey, 1984) en la Universidad de California.

A los niños participantes se les entregó un Manual-Folleto de 52 páginas, el cuál fue ilustrado con simples dibujos. El nivel de legibilidad del libro es tal que 63 por ciento de las palabras están en dentro del primer y segundo año de primaria, el 16 por ciento de las palabras están dentro del tercer nivel de primaria; y seis por ciento de las palabras son del cuarto año de primaria. El contenido del libro y sus ilustraciones retratan las diferentes reacciones del estrés; la fisiología y la función de estrés así como las múltiples maneras para manejar la ansiedad a través de ejercicios de Relajación.

Así mismo se elaboró un manual para los padres y maestros en donde se les dan instrucciones específicas para realizar con los niños sobre lo que es el estrés y como tratarlo. Además, el manual explica las diferentes intervenciones posibles para contrarrestar los efectos del estrés como son el uso de Relajación, la Respiración diafragmática, la Retroalimentación Biológica, la Dieta, y el realizar Ejercicio. La Desensibilización es explicada como una técnica que consiste en ejercicios simples de imaginería y que pueden ser inducidos por los maestros y padres de familia. En este programa se desarrollaron dos cintas de casete como parte del material. En el lado A del casete se lee al niño la primera lectura junto con notas musicales sugiriéndole a la par el momento exacto en el cual cambiar de hoja. El lado B contiene ejercicios de imaginería demostrando su funcionamiento y fisiología del estrés. El segundo casete contiene ejercicios de Relajación Autógena y Relajación Muscular Progresiva, su procedimiento tanto para los niños como padres y maestros. Este casete contiene ejercicios similares en ambos lados.

Esta técnica resultó con un gran éxito en su uso con los niños de tercero a cuarto año de primaria, al igual que en adolescentes. Además, en el caso de adolescentes mayores, la técnica tuvo mucho éxito cuando el material preparado se les presentaba narrado por un adulto. Después de mucha investigación en esta línea de investigación Bedford (1981; citado en Humphrey, 1984) ha concluido que es importante la educación y aprendizaje de técnicas de relajación en adultos, para que de esta manera se le instruya a los niños.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infancia es una etapa de la vida donde los niños al igual que el adulto se enfrentan a eventos o situaciones que les son altamente estresantes y que pueden presentarse en la escuela, la familia y su entorno. Algunas de estas situaciones son los conflictos entre los padres, el divorcio, los problemas económicos, el nacimiento de un nuevo miembro en la familia, la enfermedad y/o muerte de una persona cercana y significativa (familiar, amigo), cambiar de escuela, entre muchos otros. Así también, al igual que en los adultos, algunos niños suelen mostrarse indefensos para enfrentarse al estrés y sus consecuencias tales como: problemas de conducta, bajo rendimiento escolar, ansiedad, depresión, agresión, quejas somáticas como dolor de cabeza, problemas digestivos, caída del cabello, trastornos del sueño, etc. (Oaklander, 1996).

Parte del estrés en los niños, procede de las demandas de un estilo de vida agitado y dominado por la tecnología, los cuales fuerzan a los niños a tener que enfrentarse al estrés a edades cada vez más tempranas, un problema que no existía en los últimos quince años. De acuerdo con Witkin (2000) en Estados Unidos uno de cada tres niños presenta síntomas de estrés crónico; los médicos atienden cada vez más niños con enfermedades asociadas al estrés, como la colitis ulcerosa, dolor de cabeza, problemas de la piel, etc. Los estudios demuestran que al menos un niño de cada veinte, menor de diez años, sufre de depresión. El suicidio es ahora la tercera causa de muerte entre los adolescentes y se estima que éste va en aumento. Los embarazos, que a menudo se provocan para escapar de los problemas de la infancia se han incrementado en un 27% entre los adolescentes estadounidenses en los últimos años. El abuso de las drogas y el alcohol entre los jóvenes sigue en aumento, y el consumo de cigarrillos, se ha convertido ya en un problema de salud tratado por los pediatras. Cada día empiezan a fumar unos tres mil niños y adolescentes.

Aunque en México, se desconocen estadísticas sobre el impacto del estrés en los niños y adolescentes, los datos anteriores indican la relevancia que ha venido teniendo el estrés en la vida de los niños y adolescentes los cuales sufren cada día de mayor estrés y de sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Además de que hoy en día los profesionales de la salud deberán estar más capacitados para implementar programas educativos, de prevención y de atención dirigidos a este sector de la población. Es por esto, que el propósito del presente trabajo es desarrollar habilidades de relajación autógena para el manejo del estrés en niños escolares de tercer año de primaria con ansiedad, siendo esta un medio económico, rápido y divertido que invitará a todos los participantes a conocer y utilizar los beneficios de la relajación en su vida diaria.

En lo que concierne a evidencia empírica aun existe escasa información sobre este tema tanto en inglés como en habla hispana, por lo tanto se espera que la implementación de este tipo de programas fomenten al psicólogo de las diferentes áreas la necesidad de documentación e investigación sobre la problemática del estrés en la niñez en población mexicana.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El entrenamiento en el manejo del estrés con relajación autógena reducirá en forma estadísticamente significativa los niveles de ansiedad y pulso periférico en niños escolares de tercer año de primaria?

Objetivo General:

- Desarrollar habilidades de relajación autógena para el manejo del estrés en niños escolares de tercer año de primaria con ansiedad.

Objetivo Particular:

- Disminuir los niveles de ansiedad y pulso periférico en niños escolares de tercer año de primaria a través de un entrenamiento en el manejo del estrés con relajación autógena.

Objetivos Específicos:

- El escolar comprenderá lo que es el estrés.
- El escolar identificará sus fuentes de estrés.
- El escolar identificará sus síntomas de estrés.
- El escolar aprenderá a relajarse a través de la relajación autógena.
- El escolar aplicará la relajación en su vida cotidiana.
- El escolar disminuirá sus niveles de ansiedad y pulso periférico a través de la práctica de la relajación autógena.

VARIABLES

V.I.: Relajación Autógena

Definición teórica

Método de autodistensión (relajación) que permite modificar situaciones psíquicas y somáticas por medio de la concentración psíquica pasiva (Chirico, 1992).

Definición operacional

Estado de relajación evaluado en una escala que va del 0 al 10, donde 0 indica total calma y relajación y 10 estado de ansiedad, o tensión máxima.

V.D$_1$.: Ansiedad

Definición teórica

Estado o condición emocional displacentera caracterizada por sentimientos subjetivos de tensión, aprehensión y preocupación, y por la activación del sistema nervioso autónomo (Spielberger ,1972)

Definición operacional

Puntaje obtenido en STAIC (IDARE-niños) en forma pre y post a la intervención, para seleccionar a los participantes será arriba de la media grupal.

V.D2. : Pulso Periférico

Definición teórica

Expansión rítmica de las arterias consecuencia del paso sucesivo del flujo sanguíneo producidas por las contracciones continuas del corazón.

Definición operacional

Conteo del número de pulsaciones por minuto en arteria radial (localizada en la parte interior de la muñeca de la mano dominante) en forma inicial y final a los ejercicios de relajación.

HIPÓTESIS

Ho^1: El grupo de niños escolares que reciban entrenamiento en relajación autógena para el manejo del estrés no mostrarán diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad-estado postratamiento al compararse con el grupo de escolares que no recibió el entrenamiento.

HA^1: El grupo de niños escolares que reciban entrenamiento en relajación autógena para el manejo del estrés mostrarán cambios en los niveles de ansiedad-estado postratamiento que el grupo de escolares que no recibió el entrenamiento.

Ho^2: El grupo de niños escolares que reciban entrenamiento en relajación autógena para el manejo del estrés no mostrarán diferencias en el pulso periférico postratamiento al compararse con el grupo de escolares que no recibió el entrenamiento.

HA^2: El grupo de niños escolares que reciban entrenamiento en relajación autógena para el manejo del estrés mostrarán cambios en el pulso periférico postratamiento que el grupo de escolares que no recibió el entrenamiento.

MÉTODO

Participantes

Participó una muestra *intencional* de 90 niños escolares de la escuela primaria pública *"Silvestre Revueltas"* No..31-187-32-187, SEP de los cuales se seleccionaron los 60 niños que calificaron como ansiosos en el Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo para niños (STAIC). Los participantes fueron asignados a uno de dos grupos 30 sujetos en el Grupo Experimental (3ro A) y 30 sujetos en el Grupo Control (3ro B). El grupo Experimental recibió el entrenamiento para el manejo del estrés a través de la relajación autógena, y el Grupo Control que no recibió este entrenamiento. Los niños tuvieron una edad promedio de X= 8.8 años (8 a 9); estaban cursando el 3er año de primaria y se encontraban clínicamente sanos hasta el momento del estudio. Esta condición fue determinada por el médico participante a través de una evaluación médica.

Criterios De Inclusión

- Niños de entre 8 y 9 años de edad que se encuentren cursando el 3er año de primaria.
- Niños que califiquen por arriba de la media grupal en la aplicación del STAIC (Cuestionario de autoevaluación ansiedad Estado/Rasgo para niños).
- Niños físicamente sanos.

Criterios De No Inclusión

- Niños con problemas psiquiátricos tales como psicosis, trastornos de personalidad, etc.
- Niños con problemas de salud que les impidan realizar los ejercicios (e.j., fracturas, problemas auditivos, de visión, etc.).

Criterios De Exclusión

- Niños que no hayan asistido a todas las sesiones del programa para el manejo del estrés.
- Niños que mostraran problemas de conducta agresiva o indiferencia hacia las actividades del programa.

MATERIALES

Papeleria:

- Papel, colores, crayolas de cera, acuarelas de colores.

Mobiliario:

- Colchonetas o mantas individuales.
- Sillas

Equipo:

- Baumanómetro digital modelo ch-605 de muñeca.
- Estetoscopio
- Grabadora para discos compactos.
- Lista de asistencia y de puntuaciones iniciales y finales de grupo experimental y control.

Recursos Humanos:

- Un médico cirujano encargado de la evaluación médica.

Instrumentos Psicológicos

Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo para niños (STAIC, D. Spielberger, 1973).

El STAIC tiene como antecedente el Inventario STAI adultos del mismo autor, e inicialmente se diseño como una herramienta de investigación en el estudio de la ansiedad en escolares de la enseñanza primaria. Está formado por dos escalas independientes de autoevaluación para medir dos aspectos diferenciados: la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo. En su concepción y

estructura el STAIC es semejante al STAI, que evalúa esas medidas de la ansiedad en adolescentes y adultos.

La escala Ansiedad-Estado contiene 20 elementos con los que el niño puede expresar "cómo se siente en un momento determinado" con tres opciones diferentes: 1.Nada "2.Algo" y "3.Mucho", y la escala Ansiedad-Rasgo comprende también 20 elementos con los que el sujeto puede indicar "cómo se siente en general".

La medida A-E intenta apreciar estados transitorios de ansiedad, es decir, aquellos sentimientos (subjetiva y conscientemente percibidos) de aprehensión, tensión y preocupación que fluctúan y varían en intensidad con el tiempo.

La medida A-R, por otra parte, intenta evaluar diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, es decir, diferencias entre los niños en su tendencia a mostrar estados de ansiedad.

Calificación

Las contestaciones dadas por el sujeto pueden ser puntuadas con 1 a 3 puntos, de acuerdo con la intensidad del síntoma presentado en cada elemento. Dado que las respuestas que expresan negación de la ansiedad reciben al menos 1 punto, la puntuación mínima en cada escala es de 20 puntos. La puntuación máxima en cada una es de 60 puntos. Por otra parte, como la mitad de los elementos de la escala A-E están redactados de forma que la respuesta "3. Mucho" indica ausencia de ansiedad, estos elementos deberán ser puntuados de forma inversa, es decir la respuesta "1. Nada" debe recibir 3 puntos, 2 puntos la respuesta "2. Algo" y 1 punto la respuesta "3 mucho". Se ha ideado un procedimiento que permite obviar esta inversión: consiste en puntuar separadamente los aspectos "positivos" de la ansiedad y los aspectos "negativos" de la misma, calcular la diferencia entre ambos conjuntos y añadir la resultado una constante (40 puntos). Esto sólo es aplicable a la escala A-E pues en la escala A-R todos los elementos son "positivos" hacia la ansiedad.

- **Inventario De Eventos Vitales Para Niños (Citada en Allen y Klein, 1996).**

Es una adaptación para niños del Inventario de Eventos Vitales de Holmes y Rahe (1986), los reactivos se muestran en forma de lista con 40 enunciados que describen en forma descendiente se comienza, por eventos vitales mayores como por ej. La muerte de uno de los padres. Cada enunciado tiene un puntaje, de forma que se obtenga la suma total de los eventos transcurridos en los pasados doce meses.

Calificación

Una suma total de menos de 150 puntos significa que el niño tiene un 37% de enfermar. Una puntuación entre 150-300 aumenta la oportunidad de enfermar en un 51% y un puntaje arriba de 300 aumenta esta posibilidad hasta en un 80%.

Por ejemplo, si un niño había sufrido la muerte de alguno de sus progenitores, obtendría una puntuación de 100 puntos, si había sido expulsado de la escuela, obtendría 50 puntos.

- **Historia Clínica Médica**

La historia clínica médica fue el instrumento utilizado por el médico para evaluar en estado de salud general de los participantes. En esta se incluyeron datos como edad, talla, estatura, complexión, exploración anatomo-muscular, exploración de vías respiratorias, reflejos, traumatismos, patologías actuales, etc.

ESCENARIO
Las actividades se realizaron en la escuela pública Silvestre Revueltas en un espacio amplio de aprox. 12x6m, en un salón de juego que contempló una buena ventilación e iluminación.

DISEÑO
Se utilizo un Análisis de Regresión lineal, el cual es un modelo matemático para estimar el efecto de una variable sobre otra. Esta asociado con el coeficiente r de Pearson. Se utiliza con hipótesis causales y cuando existe una variable dependiente y otra como independiente(Hernández, Fernández y Baptista, 2000).

PROCEDIMIENTO
El procedimiento para los grupos participantes fue el mismo, a ambos grupos se les aplico los mismos inventarios y se hicieron las mediciones de pulso periférico, excepto que el grupo control no recibió el entrenamiento para al manejo del estrés.

FASE I . SELECCIÓN Y PRE-EVALUACION
Selección de los participantes

a) Se aplicó a dos grupos de 3er año de primaria 3ro A y 3ro B, el STAIC (Cuestionario Ansiedad Estado/Rasgo, Spielberger, 1973) a fin de seleccionar aquellos escolares que calificaran alto en la escala de ansiedad. De estos grupos se seleccionaron a los 30 niños que resultaran por arriba de la media en el inventario STAIC. De esta forma se conformaron el Grupo Experimental y el Grupo Control. *Para un mejor manejo de los sujetos participantes cada grupo de 30 niños se dividio en grupos de 7 a 8 niños.*

b) Junta con padres de familia.- una vez seleccionados los participantes se les informó a los padres de familia los objetivos del estudio. Asimismo se solicitó su autorización para la participación de su hijo pidiéndoles firmaran el consentimiento informado.

c) Una vez autorizada la participación del niño se le realizó una Evaluación Médica a los participantes la cual se llevó a cabo en el mismo plantel escolar. Cabe mencionar que la evaluación medica se realizo después del consentimiento informado esto para evitar cualquier situación de molestia con los padres de familia.

d) Una vez que el médico determinó el buen estado de salud del niño, se aplicó el Inventario de Eventos vitales para niños (adaptación de Holmes y Rahe, 1975; Cit. En: Allen y Klein, 1996) y se asignaron los participantes a cada uno de los grupos.

FASE II. TRATAMIENTO
Sesiones 1 a la 8. El entrenamiento en relajación autógena para el manejo del estrés.

Esta fase tuvo una duración de 8 sesiones, de aproximadamente 60 min., dos veces por semana. [v. anexo programa de entrenamiento].

FASE III. POST-EVALUACIÓN
Sesión 9
Una vez finalizadas las sesiones del programa de intervención, se aplicó por segunda vez el STAIC a los grupos experimental y control. Esta calificación final del STAIC fue considerada como medida Post-Test.

RESULTADOS
Los datos obtenidos serán analizados por el paquete estadístico SPSS versión 11). Se utilizó un Análisis de Regresión lineal, el cual es un modelo matemático para estimar el efecto de una variable sobre otra (Hernández, Fernández y Baptista, 2000).

ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el paquete estadistico Statistics Package for Social Sciences (SPSS, versión 11).

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables de interés además de las sociodemográficas. Para evaluar el impacto de la intervención se analizaron las diferencias entre el grupo experimental y control a través de tres Análisis de Regresión lineal múltiple, con la ansiedad rasgo, ansiedad estado y pulso periférico, como variables dependientes, ajustando por valores de linea base de cada una de estas variables, sexo, eventos vitales.

.

RESULTADOS

Estado de Salud General de los Participantes

Como se menciono en los Criterios de inclusión, todos los niños participantes debían de gozar de una buena salud al momento de la intervención, que les permitiera realizar los ejercicios de relajación y además actividades del programa de intervención. Por tal motivo se les realizó un chequeo físico por el médico participante en ambos grupos.

Dentro de las características físicas más notables en los participantes de ambos grupos se encuentran las metabólicas y/o nutricionales, las de Falta de Aseo y Quejas Físicas denunciadas al médico al momento de la exploración.
En cuanto a quejas como Dolor de Estómago, el médico participante infiere posibles problemas de amibiasis o algún trastorno parasitario Gastrointestinal no diagnosticado ni tratado farmacologicamente, en Resfriados Frecuentes posibles problemas de infecciones respiratorias mal tratados tendiendo a la cronicidad lo que provoca una comorbilidad con Dolores de cabeza también reportados. En cuanto a la dolencia de articulaciones el médico lo
relacionó con posibles causas como malas posturas, falta de ejercicio físico, y hasta crecimiento natural a la edad.

Aún cuando los participantes presentaron estos síntomas, el Médico determinó que no existía algún impedimento físico o mental importante en los participantes para ser excluidos del programa.

Por otra parte cabe mencionar que para el cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet, se considero el peso referido a la altura del niño, esto se calculó dividiendo el peso corporal del participante en kilogramos por la altura elevada al cuadrado en metros. IMC = P/A2

También es importante recordar que entre los 8 y 9 años de edad el niño ya cuenta con 4 nuevos premolares y 8 nuevos incisivos, teniendo un aproximado de 24 piezas dentarias.

Esta información se puede ver con mayor detalle en la Tabla 4.

		GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
		Frecuencia	Frecuencia
METABOLICOS Y/O NUTRICIONALES			
1.-Probable anemia al presentar alguna de las siguientes características:	a)Piél pálida	2	1
	b)Uñas blancas	1	1
	c)Encías pálidas	4	2
	d)Manchas en piel	3	5
3.-Sobrepeso al presentar:	a)I.M.C.** mayor a 29.9 u.	4	6
4.-Obesidad al presentar:	b)I.M.C.** de entre 30 a 34.9 u.	1	2
RESPIRATORIOS			
Asma tratada farmacológicamente.		1	0
OSTEO MUSCULARES			
Pie Plano	a)Tratado ortopédicamente.	3	2
	b)Sin tratamiento ortopedico.	4	1
POR FALTA DE ASEO			
Caries en piezas dentarias como:	a)Incisivos	5	8
	b)Premolares	9	6
Pediculosis	En cuero cabelludo	7	9
DERMIS			
Verrugas (mezquinos)	En ambas manos	3	1
Cicatrices por:	a)Traumatismo Craneo-Encefálico.	12	14
	b)Quemaduras.	3	4
QUEJAS FISICAS HACIA EL MEDICO	A) Dolores de Estómago	19	12
	B)Dolores de Cabeza	10	6
	C)Resfriados Frecuentes	3	5
	D)Dolores osteo-musculares como articulaciones.	17	11

I.M.C. Indice de Masa Corporal

TABLA 4 Características físicas reportadas por el Médico Participante en Grupo Experimental y Control

Características Sociodemográficas del Grupo Experimental (G1)
53.3% (16) de los participantes fueron del género masculino; 46.7% (14) de los niños fueron del género femenino; 23.3% (7) con ocho años de edad, mientras que 76.7% (23) con nueve años de edad. El 100% de los participantes pertenecían al 3er año de primaria. El 53.30% (16) de los sujetos del grupo experimental (53.30%) confirmaron provenir de familia nuclear conformada por ambos padres y hermanos.

Características Sociodemográficas del Grupo Control (G2)
26.7% (8) niños pertenecientes al género masculino; 73.3% (22) pertenecientes al género femenino; 30.0% (9) con ocho años de edad, mientras que el 70.0% (21) con nueve años de edad. Al igual que el grupo experimental, el 100% de los participantes pertenecían al 3er año de primaria. El 60% (18) sujetos del grupo control confirmaron provenir de familia nuclear conformada por ambos padres y hermanos.

A continuación en la Tabla 5 se resumen las variables sociodemográficas.

		G1 n=30	Total de ocurrencia	G2 n=30	Total de ocurrencia
SEXO	Masculino	53.30%	16	26.70%	8
	Femenino	46.70%	14	73.30%	22
EDAD	8 años	23.30%	7	30%	9
	9 años	76.70%	23	70%	21
	x=	8.76		8.77	
NIVEL ESCOLAR	3er año de	100%	30	100%	30
	primaria.				

TABLA 5 Variables Sociodemográficas en Grupo experimental y control

Ocurrencia de Eventos Vitales del Grupo Experimental (G1)
En cuanto a la ocurrencia de Eventos vitales en los últimos doce meses del *Grupo Experimental*, se encontraron los siguientes datos:

El 70% de los sujetos (21) reportaron haber tenido cambios importantes en la estabilidad financiera de la familia. 56.70% (17) manifestaron problemas escolares frecuentes como el llevar reportes de mala conducta, malas calificaciones o problemas de otra índole con maestros y compañeros. 46.70% (16) reportaron la separación física de alguno de sus progenitores. 15 (50%) participantes mencionaron cambios alimenticios importantes. 46.70% (14) que ellos o algún miembro de la familia nuclear había sufrido de un daño físico o de alguna enfermedad importante. 43.30% (13) sujetos manifestaron cambios importantes en sus hábitos del dormir en donde se consideraron problemas de insomnio, pesadillas o terrores nocturnos. 40% (12) manifestaron la muerte de algún familiar cercano como podría ser algún tío, abuelo o primo.

Ocurrencia De Eventos Vitales del Grupo Control (G2)
Los Eventos vitales en los últimos doce meses del *Grupo control* en orden de mayor frecuencia fueron los siguientes:

83.30% (25) sujetos reportaron la muerte de algún familiar cercano; 63.30% (19) reportaron haber tenido cambios importantes en la estabilidad financiera de la familia; 63.30% (19) sujetos manifestaron cambios importantes en sus hábitos del dormir; 50% (15) sujetos con cambios alimenticios importantes; 43.30% (13) manifestaron un aumento en el número de discusiones entre sus padres. 36.70% (11) indicaron la separación física de sus padres, así mismo de haber sufrido algún daño físico o alguna enfermedad importante y haber tenido problemas escolares arriba mencionados. Por último 36.70% (11) sujetos indicaron haberse cambiado a un nuevo domicilio.

En la Tabla 6 se resumen los datos del grupo experimental y control anteriormente mencionados en forma descendiente al número de frecuencias por grupo.

EVENTOS VITALES	U.V.C.	G1 n=30 Experimental f=		EVENTOS VITALES	U.V.C.	G2 n=30 Control f=	
Cambios en la estabilidad Financiera familiar.	38	21	70%	Muerte de un familiar Cercano.	53	25	83.30%
Problemas en la escuela	39	17	56.70%	Cambios en la estabilidad Financiera.	38	19	63.30%
Separación física de los padres.	63	16	46.70%	Cambios en los hábitos del dormir.	16	19	63.30%
Cambio en los hábitos alimenticios.	15	15	50%	Cambio en los hábitos alimenticios.	15	15	50.00%
Daño o enfermedad Personal.	50	14	46.70%	Aumento en el numero de discusiones de los padres	35	13	43.30%
Cambio en los hábitos del dormir.	16	13	43.30%	Separación física de los padres.	63	11	36.70%
Muerte de un familiar Cercano.	53	12	40%	Daño o enfermedad Personal.	50	11	36.70%
				Problemas en la escuela	39	11	36.70%

TABLA 6 Eventos vitales en Grupo Experimental y Control.

Como se observa en la Tabla 6 ambos grupos reportaron eventos vitales similares aunque en diferente frecuencia, a excepción del Grupo Control el cuál reporto como evento vital extra un aumento en el número de discusiones de los padres.

Datos Descriptivos Del Grupo Experimental y Grupo Control.

Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo en Grupo Experimental.
El Grupo Experimental contó con 30 sujetos los cuales tuvieron una media inicial de 38.6667 Finalizando con una media de 32.20 en la variable de Ansiedad-Estado. En cuanto a la Ansiedad-Rasgo estas mediciones obtuvieron una media inicial de 40.7667 y una media final de 37.6667 respectivamente.

Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo en Grupo Control
El Grupo Experimental contó con 30 sujetos los cuales tuvieron una media inicial de 30.1333 Finalizando con una media de 30-0333 en la variable de Ansiedad-Estado. En cuanto a la Ansiedad-Rasgo estas mediciones obtuvieron una media inicial de 37.333 y una media final de 37.70 respectivamente.

Pulso Periférico en Grupo Experimental
Los sujetos del grupo Experimental tuvieron una media inicial de 88.00 pulsaciones por minuto terminando con 76.57 pulsaciones por minuto después de los ejercicios de relajación.

Pulso Periférico en Grupo Control
Los sujetos del grupo Experimental tuvieron una media inicial de 88.1667 pulsaciones por minuto terminando con 88.50 pulsaciones por minuto después de los ejercicios de relajación.

La información anteriormente mencionada se resume en la siguiente tabla:

GRUPO EXPERIMENTAL			
	N	Media inicial	Media final
Ansiedad-Estado	30	38.6667	32.20
Ansiedad-Rasgo	30	40.7667	37.67
GRUPO CONTROL			
Ansiedad-Estado	30	30.1333	30.0333
Ansiedad-Rasgo	30	37.3333	37.70
PULSACIONES EN GRUPO EXPERIMENTAL			
Pulsaciones		Media inicial	Media final
por minuto		88.00	76.57
PULSACIONES EN GRUPO CONTROL			
Pulsaciones		Media inicial	Media final
por minuto		88.17	88.5

Tabla 7 Medias iniciales y finales en G1y G2 en las variables de ansiedad: estado-rasgo y pulsaciones.

Debido a la diferencias entre las medias iniciales entre el G1 y G2, es decir a que los grupos no eran idénticos, se decidió realizar una Análisis de Regresión Lineal para poder observar de de que manera influyó una variable en la aparición de otra.

Análisis de Regresión Lineal

Análisis de Regresión Lineal en variable Ansiedad-Estado

La Tabla 8 muestra los coeficientes de regresión del modelo múltiple teniendo como variable dependiente a la ansiedad-estado. Se puede apreciar que los cambios en el postratamiento de esta variable se explican principalmente por los valores iniciales, así como por la intervención. Es decir, si bien la relajación produjo diferencias entre los grupos, estas también se explican por los valores de LB. Dicho de otro modo, estos resultados implican que se obtuvieron cambios en la Ansiedad-Estado aunque estos estuvieron determinados por las puntuaciones iniciales de ansiedad de cada individuo. También fue *determinante* el haber sido participante de uno de los dos grupos: G1 y G2. Por lo tanto estos datos pudieran *promisoriamente* deberse a la intervención realizada que fue la utilización de la Relajación Autógena, también es importante señalar que las puntuaciones iniciales de los sujetos. El coeficiente de determinación del modelo fue de **.68** es decir, el conjunto de las variables incluidas explicó el 68% de la variable dependiente.

	Beta	**t**	**p**
Constante	11.623	1.276	.207
Grupos	**.294**	2.337	**.023**
Pre-estado	**.775**	6.283	**.000**
Sexo	-.026	-.249	.805
Eventos Vitales.	.016	.156	.876
Prepulso	-.172	-1.666	.102
R^2	0.68		

Tabla 8 Resultados en la variable de Ansiedad-Estado

Análisis de Regresión Lineal en variable Ansiedad-Rasgo

En la Tabla 9 se muestran los coeficientes de regresión del modelo múltiple teniendo como variable dependiente a la ansiedad-rasgo. No se apreciaron cambios en el postratamiento de esta variable. El coeficiente de determinación del modelo fue de .730 es decir, el conjunto de las variables incluidas explicó el 73% de la variable dependiente.

	Beta	t	Sig.
Constante	11.695	1.438	.156
Grupos	**.158**	1.563	**.124**
Pre-rasgo	.730	7.03	.000
Sexo	.002	.002	.983
Eventos Vitales.	.094	.949	.347
Prepulso	-.069	-.680	.499

Tabla 9 Resultados en la variable de Ansiedad-Rasgo

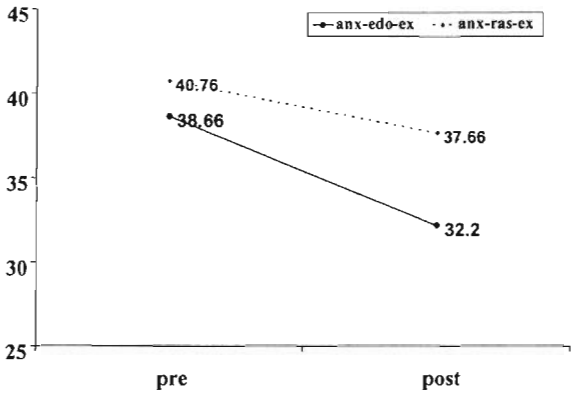
Análisis de Regresión Lineal en variable Pulso Periférico

En la variable de Pulso Periférico se obtuvo una Beta de .587 con una p=.000 la cuál es estadísticamente significativas en relación al .05. De igual manera que en la variable de Ansiedad-Estado influyó determinantemente en los sujetos el haber participado en el Grupo Experimental o en el Grupo Control. La única medida fisiológica realizada en esta investigación fue la toma del pulso periférico antes y después de los ejercicios con Relajación, de acuerdo a estos resultados los participantes disminuyeron su pulso periférico que *probable o promisoriamente* se debió a la Relajación Autógena teniendo en cuenta sus niveles puntuaciones iniciales. El coeficiente de determinación del modelo fue de .836, es decir, el conjunto de las variables incluidas explicó el 83% de la variable dependiente. Esta información se resume en la Tabla 10.

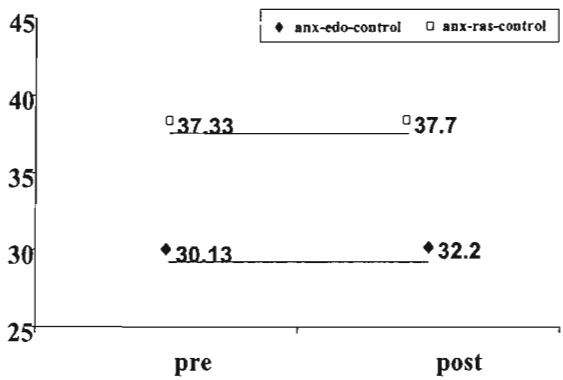
	Beta	t	P
Constante	4.266	.427	.671
Grupos	**.627**	6.595	**.000**
Pre-estado	.086	.845	.402
Pre-rasgo	-.084	-.916	.364
Sexo	.016	.191	.849
Eventos Vitales.	.128	1.582	.120
Prepulso	**.587**	7.118	**.000**

Tabla 10 Resultados en la variable de Pulso Periférico

En las gráficas 1 y 2 se aprecia la diferencia entre medias en las variables Ansiedad Estado-Rasgo en el Grupo Experimental y Grupo Control.

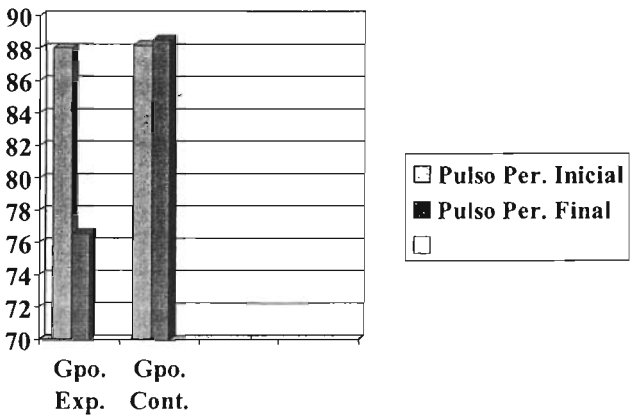


Gráfica 1 Comparación de medias antes y después del tratamiento en Grupo Experimental.



Gráfica 2 Comparación de medias antes y después del tratamiento en Grupo Control.

En la gráfica 3 se muestra la diferencia de medias en la variable de Pulso Periférico en Grupo Experimental y Grupo Control.



Gráfica 3 Comparación de medias en Pulso Periférico antes y después de la Intervención en Grupo Experimental y Grupo Control.

Síntomas de Estrés en Grupo Experimental y en Grupo Control

En una de las dinámicas del Programa de Intervención, se pidió a los participantes del Grupo Experimental como del Grupo Control, que reportaran algún malestar físico el cuál surgiera ante la presencia de algún Evento Estresante. De esta manera ambos grupos, reportaron malestares físicos muy similares, los cuáles se muestran y resumen en la Tabla 11.

	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
	Frecuencia	Frecuencia
1.-Dolor de cabeza	23	17
2.-Dolor de estómago	19	24
3.-Sudoración en manos	11	16
4.-Taquicardia	8	1
5.-Enuresis y Resfriados frecuentes.	3	3

Tabla 11 Síntomas de estrés reportados por los participantes.

Estresores Escolares Reportados Por Grupo Experimental Y Control
De igual manera que la actividad anterior, se solicitó a ambos grupos que mencionaran los 6 Eventos escolares que mas les causan Estrés cuando se encuentran en la escuela. Aquí también se dio al Grupo Control una mayor ejemplificación de manera que se les facilitara el ejercicio. El estresor más frecuente en el Gpo. Experimental fué el Hacer exámenes, seguidos de sacar malas calificaciones y el que la maestra les regañe, mientras que en el Gpo. Control fue el sacar malas calificaciones, posterior a que sus compañeros se burlen de ellos (ver Tabla 12).

	GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
	Frecuencia	Frecuencia
1.-Hacer exámenes	20	11
2.-Sacar malas calificaciones	16	26
3.-Que la maestra me regañe frente a todos	16	10
4.-Que se burlen de mi	15	14
5.-Llevar reportes de mala conducta	8	9
6.-Que mis compañeros me pongan apodos	4	10

Tabla 12 Estresores Escolares en Grupo Experimental y Control.

Reporte Verbal De La Experiencia Sensorial De La Relajación
Aún cuando no se obtuvieron datos numéricos sobre el efecto Subjetivo de la Relajación en los niños participantes, la mayoría opinó favorablemente sobre esta. Algunos de sus comentarios fueron:

- "Pude ver los colores dentro de mi cuerpo"
- "Sentí algo ligero en mis brazos y piernas"
- "Sentí mis manos con calor"
- "Me dio miedo porque sentí que volaba"

Participación De Los Padres De Familia Y Maestros
Aún cuando se les invitó a todos los padres de familia a la junta en donde se explicó los objetivos del programa, así como la aprobación para la participación de su hijo y de ellos, solo asistieron un 25% de alguno de los progenitores, sea madre o padre de familia, mientras que el 75% restante fue algún otro miembro de la familia como abuelos y tíos los cuales cuidan de estos niños mientras laboran sus padres.

En cuanto a los profesores de la escuela se tuvo una participación exitosa ya que participaron con en la mayoría de las actividades, interesándose en aprender de estas para aplicarlas posteriormente en el salón de clases.

CONCLUSIONES Y DISCUSION

El propósito de esta investigación fue desarrollar habilidades de relajación para el manejo del estrés en niños escolares del 3er año de primaria. Para la siguiente discusión se examinan los hallazgos más significativos del trabajo de manera que esto conduzca a conclusiones posteriores.

Como se describió en la sección de resultados hubo elementos que *pudieran afirmar* que existieron cambios en los sujetos que participaron en el Grupo Experimental los cuales recibieron el entrenamiento con Relajación Autógena. El Análisis de Regresión Lineal, describió cambios que resultaron ser estadísticamente significativos en la variable de Ansiedad-Estado y el la variable de Pulso Periférico en comparación con los sujetos del G2 (Grupo Control).

Estos resultados aceptan la Hipótesis alterna la cuál supone que el grupo de niños escolares que recibieron entrenamiento en relajación autógena para el manejo del estrés mostrarían cambios en los niveles de ansiedad-estado y en su pulso periférico que el grupo de escolares que no recibió el entrenamiento. Sin embargo es necesario considerar las limitaciones del presente estudio al interpretar los resultados los cuáles son:

1.-Disparidad entre el Grupo Experimental y el Grupo Control. Los dos grupos participantes en esta investigación iniciaron con líneas bases (medias) diferentes, esta situación se debió a limitantes físicos en cuestiones de organización en horario escolar, es decir el Grupo Experimental y del Grupo Control fueron participantes de una misma sección y no fueron divididos en forma aleatoria.

2.-Es necesario considerar el fenómeno de Regresión a la Media en el cuál los sujetos pueden aumentar o disminuir sus puntajes iniciales debido a variables extrañas que no pueden ser manipuladas por el experimentador. Entiéndase como variables extrañas eventos vitales en el área escolar o familiar que sucedieron a lo largo de las sesiones.

3.-Confiabilidad del instrumento. El Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo de Spielberger (1973) utilizado en esta investigación no ha sido validado en población mexicana, situación que también podría haber influido en los resultados. Otra variable importante a considerar es la edad cronológica de los sujetos los cuales se encuentran en la Etapa Pre-Operacional en donde no se tiene la suficiente capacidad de manejo en conceptos abstractos como lo pudiera ser el contestar un Cuestionario para evaluar sus niveles de Ansiedad Estado y Crónica o de Rasgo.

4.-Falta de Recursos Humanos y Económicos en la Investigación.-Para el manejo de grupos con niños es necesaria la participación de por lo menos un investigador por cuatro niños de tal forma que se pueda tener un control sobre el grupo y realizar las actividades y mediciones necesarias.

Pese a todas estas limitantes en el proceso de la investigación, se observaron cambios en la variable de ansiedad estado y en el pulso periférico que se discuten a continuación.

Spielberger (1973), dice que existe una mayor probabilidad de que el sujeto reduzca sus niveles de Ansiedad-Estado después de una intervención en comparación con la Ansiedad-Rasgo o crónica debido a su característica la cuál se da a lo largo de las etapas de desarrollo.

Los nulos cambios en la Ansiedad-Rasgo recuerdan lo que afirma Humphrey (1984) sobre este tipo de ansiedad también llamada crónica, el cuál dice es una tendencia general a la forma de ser de la persona; por lo cuál dadas las características de esta ansiedad tal vez seria necesario un mayor número de sesiones y de una intervención cognitiva-conductual con mayor número de sesiones y de recursos para lograr una modificación en esta variable. Como ejemplo de esto hay que considerar programas de intervención como los aplicados por Selye (1980) Stroebel y Holland (1980), Bedford (1981) y Allen y Klein (1996) en los cuales además de ser programas *psicoeducativos y multidisciplinarios* (participación del personal de la escuela, padres, psicoterapeutas y ocasionalmente pediatras o personal médico escolar) de largo tiempo utilizaron métodos como la Re-Estructuración cognitiva y algunos otros elementos de la Terapia Racional Emotiva más diferentes tipos de Relajación.

En cuanto a la disminución del pulso periférico, Benson (1975) afirma que el objetivo fundamental del entrenamiento en Relajación es la disminución del nivel de activación fisiológica, relacionadas con el Sistema Nervioso Parasimpático como lo es la disminución de tasa cardiaca y presión arterial al haber un menor consumo de oxígeno. Chirico (1984) menciona que el utilizar la Relajación Autógena ayuda a mantener un equilibrio entre la actividad del hemisferio derecho e izquierdo cerebrales, situación que produce una homeostasis en el sistema nervioso simpático y parasimpático lo cuál puede disminuir la actuación de los diferentes sistemas del cuerpo como el sistema respiratorio. El hallazgo de que los participantes disminuyeran el número de pulsaciones/minuto cobra su importancia no solo en la correcta realización de la respiración diafragmática y los ejercicios de relajación sino que tal hecho reforzó su autoconfianza al realizar algo a favor de su bienestar considerándolo como una forma de afrontamiento ante eventos estresantes. Lazarus y Folkman (1986) afirman que la practica de la relajación es una forma de afrontamiento dirigido a la emoción que proporciona al individuo que lo practica un sentido de control ya que este se da cuenta de que posee una forma de moderar sus reacciones ante el estrés, aumentando el sentimiento de autoeficacia.

Por otra parte como se menciono en la estructura del programa, a partir de la 1ra sesión se instruyó al niño sobre como comprender e identificar el estrés en su vida cotidiana, situación que promovió y permitió hacer del niño un sujeto activo y responsable para con sus estados de ansiedad el cuál en un futuro sea capaz de identificar su estrés y hacer "algo" como forma de afrontamiento el cuál en esta intervención fue la práctica de la relajación en su casa o en la escuela al presentarse alguna situación que el niño evaluara como estresante.

Uno de los objetivos de la intervención fue el que el niño comprendiera conceptualmente e identificara lo que es el estrés en su vida diaria, aún cuando no se utilizó ningún método cuantitativo para medir "lo aprendido" por el niño, fue mediante el juego que pudo identificar lo que el concepto del estrés representa y lo que este puede causar en su cuerpo.

Es importante mencionar que es aquí donde la imaginación y habilidad del terapeuta limita o amplia las actividades que le permitan al niño comprender tan complejo concepto y no olvidar

mencionar la utilidad de haber incluido métodos ajenos a la Relajación como lo son por ejemplo la dactilopintura, la utilización de música en algunas actividades (Humphrey, 1984) la exploración de los sentidos, la explotación de la imaginación del niños, los cuáles además de servir como reforzadores a su participación en las sesiones, y el vivirlo como el aprender del tema jugando, le ayudaban simplemente a disfrutar del momento. Humphrey (1984), Pestalozzi (1985) y Allen y Klein (1996) afirman que la simple actividad física y la utilización de actividades artísticas como la pintura, la danza, etc. (Nadeu 1998) estimulan y pueden crear una mejor actuación escolar brindándole al niño salud mental y física.

La utilización del Entrenamiento Autógeno en la presente investigación arrojó resultados similares a los de Conger (1985), Hutchinson (1983) y Disorbio (1983) en donde un alto porcentaje de los participantes mostraron diferencias significativas en su ansiedad al compararse antes y después de la intervención, cabe mencionar que estos autores también utilizaron el STAIC (Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños, Spielberger 1973) como instrumento de medición.

En lo relativo a la participación de los padres (padre o madre del niño) en esta investigación, cabe mencionar que pese a la invitación escrita por parte del personal de la escuela, un alto porcentaje no asistió, los que así lo hicieron demostraron interés y preocupación sobre el estado de su hijo, fue así como se les invitó a monitorear la practica de los ejercicios de relajación en casa. Considero importante mencionar que algunos de estos padres asistentes mencionaron tener o haber padecido algún tipo de trastorno mental por el cuál fueron atentidos con anterioridad por algún profesional de salud mental diagnosticándoles entre otros Trastornos depresivos, Alcoholismo y un caso de Esquizofrenia. Es importante considerar estos trastornos en los padres ya que es un antecedente en parte biológico-genético y social que pudiera aparecer en la población participante en su vida adulta.

La participación de los profesores de la escuela fue positiva y cooperadora, quienes además de colaborar en las actividades brindaron características de las familias de los niños, mencionando la existencia de violencia y desintegración familiar, problemas económicos y de salud, desempleo, emigración, entre otros, situación que se confirmó al evaluar el Inventario de Eventos Vitales coincidiendo con las características aportadas anteriormente. A pesar de la cooperación y agradecimiento de los profesores y autoridades de la escuela en la realización de este programa, se dialogó la oportunidad de incluir este tipo de psico-educación en la vida escolar diaria, situación que se ve truncada con el sistema educativo actual.

La práctica multidisciplinaria, que en este caso fue la participación de un médico, brindó la oportunidad de conocer el estado físicos de los niños, situación que permitió incluir individuos con características de salud similares para así poder tener una mayor fiabilidad al comparar los dos grupos cumpliéndose el objetivo de la multidisciplina tan necesaria en cualquier área de salud.

Considero que este tipo de intervención llevado a cabo en la práctica clínica individual, en lo referente a trastornos de ansiedad infantil, pudiera arrojar mejores resultados al incluir en una forma más comprometida y constante a los padres que solicitan ayuda profesional, ya que estos podrían monitorear la necesaria práctica de la relajación en casa y ver el avance de su hijo. En

cuestión del terapeuta se tendría el tiempo necesario y personalizado para la mejor atención a un solo paciente.

En cuanto a las pruebas psicológicas utilizadas en esta investigación como se menciono el STAIC (Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños, Spielberger 1973) y el Inventario de Eventos Vitales en niños de Colmes y Rahe (1996), no ha sido validados en población mexicana. Se recomienda en futuras investigaciones la inclusión de otros instrumentos de medición que puedan evaluar personalidad, inteligencia e integración familiar para poder correlacionar un mayor número de variables y así enriquecer los resultados, algunas de estas podrían ser Pruebas Proyectivas, tales como el Test de la Familia, el de la Figura Humana de Koppitz, Pruebas de Inteligencia como el WISC-R, Entrevista con los padres, Inventario de Depresión para niños, así como el SEVIC que evaluan ansiedad y síntomas físicos en los niños. Así mismo surge la necesidad de crear y validar instrumentos de medición en el campo de estrés en niños útiles para este tipo de intervenciones.

A pesar de todas las limitantes ya mencionadas este estudió permitió observar la efectividad del Entrenamiento Autógeno en el manejo del estrés en un corto periodo, con recursos físicos y materiales y tiempo limitados, también permitió conocer la gran capacidad que tienen los niños para realizar los ejercicios de relajación que anteriormente se creían eran solo para adultos.

La situación histórica social-económica y política actual han alcanzado la población infantil quienes también padecen del estrés que anteriormente se creía solo era un fenómeno observado en adultos. Por lo tanto, esta situación obliga al personal de salud multidisciplinario la inmediata investigación, atención y solución a la población infantil. Tratamientos como el reportado en este trabajo deben continuar realizándose supervisando sus avances y limites. Afortunadamente, las alternativas de intervención para niños en el tema del estrés empiezan a gestarse en nuestro país, en donde los niños de ahora pasan largas horas frente al televisor y ya se habla de patologías que solo eran del adulto como la obesidad, las diabetes, la depresión y el estrés entre otros. De este modo, se reconoce la necesidad de la intervención del psicólogo ya sea en el área escolar-educativo o clínico al realizar una prevención primaria o intervención en los trastornos de ansiedad.

Finalmente, se abre a discusión para estudios posteriores al establecer que el Entrenamiento Autógeno, una de las muchas formas de Relajación que ayudo a los participantes a disminuir sus indicadores de estrés (ansiedad y pulso periférico), haciéndose necesario estudiar más a fondo los resultados de esta investigación, así como su efectividad a largo plazo.

ANEXOS

HISTORIA CLINICA

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: _____
Edad: _____ Sexo: _____
Lugar y fecha de nacimiento:_____

EXPLORACION FÍSICA

Talla: _____ Peso real: _____
Pulso: _____ T.A.: _____
Temperatura: _____

INSPECCION GENERAL
Edad aparente, constitución, conformación, actitud, facias, movimientos anormales, marcha, edo. de conciencia.

CABEZA: Forma y volumen del craneo, pelo, piel, ictericia, ojos, nariz, oidos, encias, dientes, lengua, faringe, amigdalas, otros.

CUELLO: Deformaciones, movilidad, laringe, traquea, tiroides, vasos, ganglios, etc.

TORAX: Forma y volumen, tipo respiratorio, ruidos cardiacos y respiratorios, etc.

ABDOMEN: Forma y volumen, cicatrices quirúrgicas, dolor, visceromegalias, etc.

EXTREMIDADES: Piel, faneras, articulaciones, etc.

EXPLORACION NEUROLÓGICA

CRANEO: Simetría, tamaño, zonas dolorosas y latidos.

COLUMNA VERTEBRAL: Escoliasis, ifosis, movimientos, zonas dolorosas.

SISTEMA SENSITIVO: Subjetivo (corporación e inteligencia), superficial contacto pincel-algodón, dolor-alfiler, temperatura, sensibilidad profunda, sentido de vibración (diapasón), ext. distal de los dedos, muñecas, epifisis radial, maleolo interno, etc.

Sentido de posición, mano, dedos, pie, esterognosia, discriminación de dos puntos, Romberg, nervios dolorosos, músculos dolorosos, dolor aquileano.

DERMATOMAS:

REFLEJOS:

FUNCIONES CEREBRALES SUPERIORES: Memoria, ideación, afectividad, conducta, alucinaciones, alteraciones psicomotoras, lenguaje, reacciones emotivas.

NERVIOS CRANEANOS
I . OLFATO
II. OPTICO: Agudeza visual, campimetria, fondo de ojo
III, IV y VI Movimientos oculares, reflejos populares
V Sensibilidad facial, fuerza de maseteros y temporales, reflejo corneal.
VII Mímica facial
VIII Audición: equilibrio
IX y X Deglución, fonación y alteraciones del ritmo cardiaco.
XI Fuerza del trapecio y esternocleidomastoideo.
XII Motilidad y fuerza de la lengua.

EXPLORACIÓN POR APARATOS Y SISTEMAS
DIGESTIVO: Apetito, dolor, nauseas y vómitos, sangrados, etc.

RESPIRATORIO: Disnea, tos, dolor, hemoptisis, epistaxis.

CIRCULATORIO: Disnea, dolor, edema, palpitaciones, insuficiencia circulatoria.

URINARIO: Diuresis, hematuria, piuria, disuria.

MUSCULO ESQUELÉTICO: Algias, limitación de movimientos, atrofia, deformaciones particulares.

OBSERVACIONES GENERALES:

STAIC

Nombre: _____

Edad: _____ Grado escolar :_____ Fecha: _____

En esta parte encontrarás unas frases usadas para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor cómo te **SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor como te sientes **AHORA**.

PRIMERA PARTE

En este momento me siento:	Nada	Algo	Mucho
1.-Calmado.....	1	2	3
2.-Inquieto.....	1	2	3
3.-Nervioso.....	1	2	3
4.-Descansado.....	1	2	3
5.-Con miedo.....	1	2	3
6.-Relajado.....	1	2	3
7.-Preocupado.....	1	2	3
8.-Satisfecho.....	1	2	3
9.-Feliz.....	1	2	3
10.-Seguro.....	1	2	3
11.-Bien.....	1	2	3
12.-Enojado.....	1	2	3
13.-Agradable.....	1	2	3
14.-Con algún temor.....	1	2	3
15.-Confundido.....	1	2	3
16.-Animoso.....	1	2	3
17.-Angustiado.....	1	2	3
18.-Alegre.....	1	2	3
19.-Contrariado.....	1	2	3
20.-Triste.....	1	2	3

SEGUNDA PARTE

En esta parte encontrarás más frases usadas para decir algo de ti mismo. Lee cada frase y señala la respuesta que diga mejor como te **SIENTES EN GENERAL**, no sólo en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No te detengas demasiado en cada frase y contesta señalando la respuesta que diga mejor cómo te encuentras **GENERALMENTE** o **TODOS LOS DIAS**.

	Casi nunca	A veces	Siempre
1.-Me preocupa cometer errores			
2.-Siento ganas de llorar			
3.-Siento que tengo mala suerte			
4.-Me cuesta trabajo tomer una decición.....			
5.-Me cuesta trabajo enfrentarme a mis problemas.....			
6.-Me preocupo demasiado			
7.-Me encuentro molesto			
8.-Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan			
9.-Me preocupan las cosas de la escuela			
10.-Me cuesta trabajo decidirme en las cosas que tengo que hacer.....			
11.-No to que de repente mi corazón late más rápido.....			
12.-Aunque no le digo a nadie, tengo miedo			
13.-Me preocupo por cosas que puedan ocurrir.....			
14.-Me cuesta trabajo quedarme dormido por las noches.....			
15.-Tengo sensaciones extrañas en el estómago.....			
16.-Me preocupa lo que otros piensen de mi.....			
17.-Me influyen tanto los problemas que no puedo olvidarlos durante un tiempo.....			
18.-Tomo las cosas demasiado en serio.....			
19.-Encuentro muchas dificultados en mi vida.....			
20.-Me siento menos feliz que los demás niños.....			

INVENTARIO DE EVENTOS VITALES EN NIÑOS

A continuación aparecen una lista de "situaciones", marque con una "x" sobre el renglón si cualquiera de estos eventos han ocurrido en la vida del niño en los doce meses anteriores al dia de hoy.

EVENTO VITAL	VALOR
1.-La muerte de un padre	100
2.-El divorcio de los padres	73
3.-Los padres se han separado	65
4.-Separación fisica de los padres	63
5.-Muerte de un familiar cercano	53
6.-Daño personal o enfermedad	50
7.-Uno de los padres se vuelve a casar (obtener padrastros).	47
8.-Uno de los padres fue despedido o el niño fue expulsado de la escuela.	45
9.-Los padres regresan a estar juntos después de separarse.	45
10.-Uno de los padres deja de trabajar para quedarse en casa o regresa al trabajo.	44
11.-Cambio notable en la salud o en el comportamiento de un miembro de la familia.	40
12.-Embarazo de un miembro de la familia.	39
13.-Problemas en la escuela.	39
14.-Un nuevo miembro en la familiar (Nacimiento de un hermano, adopción, un abuelo se va a vivir a casa, etc.)	39
15.-Cambios notables en la escuela (cambios de maestros, reprobar materias, etc.).	38
16.-La estabilidad financiera de la familia cambia (mucho peor que antes).	38
17.-Muerte o enfermedad seria de un amigo cercano.	37
18.-Comenzar una nueva actividad (que le quita mucho tiempo y energia como practicar algún deporte), computación, etc.	36

EVENTO VITAL	VALOR
19.-Cambios en el número de discusiones de los padres o hermanos (aumentan).	35
20.-Sentirse amenazado o estar en problemas.	31
21.-El niño perdió o robó algún objeto de valor.	30
22.-Cambios importantes en responsabilidades del hogar (ej. Cuidar al hermano).	29
23.-Un hermano (a) se va de la casa (ej. Unirse al ejército, irse de la casa, irse a una escuela fuera, etc.).	29
24.-Problemas con parientes y familiares.	29
25.-Recibir un reconocimiento personal.	28
26.-Cambios en condiciones de estilo de vida (ej. Daños en una parte de la casa por incendio, etc.).	25
27.-Cambio de hábitos personales (ej. formas de vestir)	24
28.-Problemas con los maestros.	23
29.-Cambios mayores en el horario escolar o condiciones (ej. Nuevo horario escolar, mayor demanda de trabajo cambio a un nuevo edificio temporalmente).	20
30.-Cambio de domicilio (aún en el mismo edificio).	20
31.-Cambiarse a una nueva escuela.	20
32.-Cambios en las actividades de juego, diversion.	19
33.-Cambio en las actividades religiosas.	19
34.-Cambios en actividades escolares (visitas a museos, clases extras, etc.)	18
35.-Cambios mayores en hábitos de dormir	16
36.-Cambios importantes en reuniones familiares.	15
37.-Cambios notables en hábitos alimenticios	15
38.-Haber salido de vacaciones.	13
39.-Festejar navidad o cumpleaños.	12
40.-Ser castigado por hacer algo mal.	11

SESIÓN	FASE	ACTIVIDADES	OBJETIVO(S)	MATERIALES	DURACIÓN
0	Pre-evaluación	Aplicación del STAIC	Selección de la muestra Conocer el estado inicial de ansiedad de los sujetos participantes.	Inventarios y lápices.	15 min.
		Platica con padres y maestros	Dar a conocer a los padres y maestros de los niños el objetivo y el programa en general. Autorización de padres de familia.	Láminas Carta de consentimiento.	45 min
		Revisión médica	Conocer el estado físico de los niños participantes.	Intrumental Médico.	
		Aplicación del Inventario de Eventos vitales a padres e hijos.	Conocer el número de eventos vitales del niño en los últimos doce meses.	Inventarios y lápices.	15 min.
1	TRATAMIENTO Tx	1.-Medir el PA a cada niño y registrarlo.	1.Conocer las cifras de pulso arterial al inicio de la sesión.	Baumanómetro	10 min.
		2.-Actividad de rapport	Integración grupal.		5 min.
		3.Plática introductoria a los niños.	Conocer la actitud y creencias hacia la relajación así como darles a conocer los objetivos del programa.		20 min.
		4.-.Explicar, demostrar y practicar la respiración diafragmática.	Que el niño aprenda a realizar correctamente el proceso de respiracion.	Sillas	15 min.
		5.-Debate con el grupo	Análisis de los integrantes sobre la experiencia del ejercicio		10 min
		6.-Medir el Pulso arterial a cada niño y registrarlo.	Conocer las cifras de pulso arterial al final de la sesión.	Baumanómetro	10 min.

SESIÓN	FASE	ACTIVIDADES	OBJETIVO(S)	MATERIALES	DURACIÓN
2	Tx	1.-Tomar pulso arterial a todos los niños participantes.	Conocer pulso arterial inicial.	Baumanómetro	10 min.
		2.-Actividad de integración	Introducir el tema, rapport grupal.		5 min
		3.Platica: ¿ que siento en mi cuerpo cuando estoy ansioso o estresado?	Que el niño empieze a identifica los cambios físicos cuando se encuentra ansioso.	cartulinas	15 min.
		4.-.Jugar a "el globo" ***	Prácticar la respiración diafragmática.	Sillas	10 min.
		5.-Jugar "Palomitas de maiz"	Practicar la relajación autógena.	Sillas	15 min.
		6.-Tomar pulso arterial a todos participantes.	Conocer pulso arterial final.	Baumanómetro	10 min.

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

SESIÓN	FASE	ACTIVIDADES	OBJETIVO(S)	MATERIALES	DURACION
3	Tx	1.-Medir la PA a cada niño y registrarlo.	Conocer las cifras de pulso arterial al inicio de la sesión.	Baunamómetro	10 min
		2.-Actividad introductoria	Rapport grupal		5 min.
		3-.Plática: ¿qué situaciones me producen ansiedad en la escuela"	El niño identifique las situaciones provocantes de ansiedad en la escuela	Cartulinas, colores y papeles de colores.	10 min.
		4.-.Juego "Nubes de relajación"	Ejercitar respiración diafragmática.	Sillas	10 min
		5.-Juego "Señales de humo"	Promover la relajación con imagineria y medio autógeno con música barroca.	Grabadora	10 min.
		6.-Medir el pulso arterial final	Conocer las cifras de pulso arterial al final de la sesión.	Baunamómetro	10 min.

SESIÓN	FASE	ACTIVIDADES	OBJETIVO(S)	MATERIALES	DURACIÓN
4	Tx	1.Medir el PA a cada niño y registrarlo.	Conocer las cifras de pulso arterial al inicio de la sesión.	Baunamómetro	10 min.
		2.-Actividad introductoria	Rapport grupal y preparación del tema.		5 min.
		3.Plática ¿cómo puedo utilizar la relajación en la escuela?	Que el niño identifique los beneficios de estas actividades como estrategia de relajación ante situaciones escolares generadoras de ansiedad.	cartulinas	10 min
		4.-Pintura con popotes	Practica de respiración diafragmática	pinturas y cartulinas	10 min.
		5.-Jugar "Muñecos de nieve"	Practicar la relajación autógena evocando calor.	sillas	10 min.
		6.Medir la PA a cada niño y registrarlo	Conocer las cifras de presión arterial al final de la sesión.	Baunamómetro	10 min,

SESIÓN	FASE	ACTIVIDADES	OBJETIVO(S)	MATERIALES	DURACIÓN
5	Tx	1.Medir la PA a cada niño y registrarlo.	Conocer las cifras de pulso arterial al inicio de la sesión.	Baunamómetro	10 min
		2.-Actividad introductoria	Preparación para el tema.		5 min.
		3.-Plática: ¿cómo me puede ayudar la relajación en situaciones que me produzca ansiedad en mi casa?	El niño identifique la utilidad de hacer estos ejercicios cuando se encuentra estresado en su casa.	cartulinas	10 min.
		4.-Juego con plastilina y agua	Practica de respiración diaframática	plastilina, agua	10 min.
		5-Juego de apreciación "Get aw ay"	Promover la relajación autógena	sillas	10 min.
		6-.Medir la PA a cada niño y registrarlo.	Conocer las cifras de presión arterial al final de la sesión.	Baunamómetro	10 min.

SESIÓN	FASE	ACTIVIDADES	OBJETIVO(S)	MATERIALES	DURACIÓN
6	Tx	1.-Medir la PA a cada niño y registrarlo.	Conocer las cifras de pulso arterial al inicio de la sesión.	Baumanómetro	10 min
		2.-Actividad introductoria	Preparación para el tema.		5 min.
		3.-Plática : ¿cómo me puede ayudar la relajación a mejorar mi calidad de vida?	Que el niño identifique la utilidad de realizar estos ejercicios constántemente.	cartulinas.	10 min.
		4.-Juego "Las velitas del patel"	Practica de respiración diafragmática	crayolas	10 min.
		5.Juego "Señales de humo"	Promover la relajación autógena con música de Beethoven.	sillas y grabadora	10 min.
		6.Medir la PA a cada niño y registrarlo.	Conocer las cifras de presión arterial al final de la sesión.	Baumanómetro	10 min.

SESIÓN	FASE	ACTIVIDADES	OBJETIVO(S)	MATERIALES	DURACIÓN
7	Tx	1.Medir PA a los integrantes	Conocer PA inicial.	Baunamómetro	10 min
		2.-Actividad de rapport	Integración grupal		5 min
		3.Platica	Repasando y concluyendo lo aprendido		15 min
		4.-Juego "La alfombra mágica"	Practica de respiración diafragmática	tapete	10 min.
		5.Juego "Conección de colores"	Practica de relajación autógena	sillas	10 min.
		6.-Medir PA a los integrantes	Conocer PA final.	Baunamómetro	10 min
8	Tx	1.-Medir PA a los integrantes	Conocer PA inicial	Baumanómetro	10 min
		2.-Platica	Repasando la utilidad de lo aprendido		15 min
		3,.Juego "Las velas del pastel"	Respiración diafragmática	sillas	10 min
		4.-Medir PA a los integrantes	Conocer PA final	Baumanómetro	10 min
		5.-Despedida	Agradecimientos al grupo		10 min
9	Post-evaluación	Aplicación del STAT	Conocer el nivel de ansiedad del niño después de la intervención.	Inventario y lápices.	20 min.

Referencias Bibliográficas.

- Allen, J. y Klein, R. (1996). Ready, Set, Relax. A research-based program of Relaxation, Learning and Self-Esteem for Children. (En sus marcas, listos, relajense. Un programa de investigación, aprendizaje y autoestima para niños). Wisconsin:Inner Coaching.

- Archibald, D.H. (1994). Hijos con estrés. Barcelona, España:Cúpula.

- Amador, I. (1989). Guía Práctica de Relajación. Madrid: EDAD, S.A.

- Amutio, A. K. (1998). Nuevas perspectivas sobre la relajación. España:Desclée de Brouwer

- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. Anxiety Research. (La concepción de la autoeficacia en la ansiedad). An International Journal, 1, 77-98.

- Benson, H. (1975). La respuesta de Relajación. New York: Morrow.

- Blowers, C., Cobb, J. y Mathews, A. (1987). Generalised anxiety: A controlled treatment study. (Ansiedad Generalizada: Un studio de tratamiento controlado). Behavior Research and Therapy, 25, No. 6, 493-502.

- Bragado, C. (1992). Trastornos de ansiedad en la infancia. Análisis y Modificación de Conducta. Psiquiatria Infantil 18, 5-25

- Butler, G., Fennell, M.; Robson, P., Gelder, A. y Klimes, I. (1987) El manejo de la ansiedad: desarrollando estrategias efectivas. Investigación en conducta y terapia, 23, 517-22

- Cano Vindel, A. (1989). Cognición, Emoción y Personalidad: Un Estudio Centrado en la Ansiedad. Tesis Doctoral, Universidad Complutense, Departamento de Psicología Básica II (procesos cognitivos), Madrid.

- Caspi, A. (1995) Temperamental origins of child and adolescent behavior problems:From age three to age fifteen. Child Development, 63, 350-365.

- Chandler, L. A. (1985). Behavioral responses to stress: profile patterns of children. Journal of Clinical Psychology, 15(4), 317-322.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderador of life stress. Psychosomatic Medicine, vol. 38, 300-314.

- Chirico, G.. (1992). Training Autógeno. Barcelona:Agapea.

- Colonna, J. (1988) Las ansiedades inhibitorias. Encéfalo, pags. 439-442.

- Costa, M. y López, E. (1996). Educación para salud. Una estrategias para cambiar los estilos de vida. Madrid:Pirámide.

- Coudert, Lachal, Jallenques. (1998). Los cuadros de ansiedad en el niño. Barcelona:Masson.

- Davidson, R.J., Shwartz, G.E. (1976). The pshicholbiology of relaxation and related states: a multiprocess theory. Prentice-Hall: New Yersey.

- De la Fuente, R. (1986). Psicología Médica. México: Grijalbo

- Dubos, R. (1965). Man adapting.(Adaptación Humana). New Haveb:Yale University Press.

- DSM-IV-TR (2003) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto Revisado. España:Masson.

- Echeburúa, O. (1993). Trastornos de ansiedad en la infancia. España:Ediciones Pirámide.

- Elliott, C. H. y Olson, R. A. (1983). The management of children's distress in response to painful medical treatment for burn injuries. Behavior Research and Therapy, 1983, vol. 21(6), 675-683.

- Forman, S.G. y O'Malley, P.L. (1984). School stress and anxiety interventions. School Psychology Review. 13,2,162-170.

- Gallardo, J.A., Trianes, M.V. y Jiménez, M. (1998). El maltrato físico hacia la infancia. sus consecuencia socioafectivas. Málaga: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Málaga.

- Hernández, S., Fernández, C., Baptista, L., (1998). Metodología de la Investigación. México: Mc Graw-Hill.

- Holroy, K.A. y Lazarus, R.S. (1982). Stress, doping, and somatic adaptation. Handbook of Stress: Theoretical and Clinical aspects. (Estrés, y somatización: Manual del estrés, aspectos clínicos y teóricos). New York:The Free Press

- Humphrey, J.H. (1984). Stress in childhood. Theoretical Perspectives and Recent Research. (Estrés en la infancia. Perspectivas teóricas e investigación). New York: AMS Press.

- Hutchison, S. M. (1983). Effectiveness and feasibility of a stress management program for third grade children. (Efectividad en un programa de manejo de estrés para niños de tercer grado). Illinois: Urbana Champaign.

- Jefferies, W. McK. (1991). Cortisol and immunity. Medical Hypotheses 34: 198-208.

- Kermani, K. (1990). Relajación Total: El entrenamiento autógeno. Barcelona:Robin Book

- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1986) Estrés y procesos cognitivos. España:Martínez Roca.

- Lader, M. (1980) Psychophysiological studies in anxiety. Amsterdam:Elsevier

- Lichstein, K. L. (1988). Clinical relaxation strategies. John Wiley: New York.

- Looker, T., Gregson, O. (1989). Stresswise: a practical guide for dealing with stress. Hodder and Stoughton: London.

- Lyon, B.L. y Werner, J.S. (1987). Stress. (Estrés). Annual review of nursing research (Vol. 5, p.p. 1-22). New York: Springer.

- Madders, J. (1987). Relax and be happy. (Relajate y se feliz). New York:Union Paperbacks.

- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés. Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud, Serie Practica, Barcelona: Ediciones Martínez Roca.

- Moore, T. (1975).. Stress in normal childhood. (El estrés en infants saludables). London: Oxford University Press

- Moos, R. H. y Billings, A. G. (1982). Conceptualizing and measuring coping responses and processes. (Conceptualizando y midiendo las respuestas y procesos de afrontamiento). New York: The Free Press.

- Nadeau, M. (1998). 24 juegos de relajación para niños de 5 a 12 años . España:Sirio.

- Naik, A. (2003) ¿Quién ha dicho que el estrés es cosa de adultos?. Barcelona: Montera.

- Oaklander, V. (1996). Ventanas a nuestros niños. Chile: Cuatro Vientos.

- Payne, R.A. (2002). Técnicas de Relajación. Guía Practica. 2da edición. Paidotribo: España.

- Papalia, W. y Olds W. (1997). Desarrollo Humano. España:Interamericana.

- Pedreira, J. L. (1991). Los trastornos psicosomáticos en la infancia y la adolescencia. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. España: Paidos.

- Peveler, J. y Johnston, C. (1986) Subjective and cognitive effects of relaxation. Behav Res. 24: 413-420.

- Powell, T.J., Enright, S.J.(1990). Anxiety and stress management..London:Routledge .

- Ramirez, C. (2003). Curso de Relajación progresiva para niños y adultos. Madrid:Cepe.

- Ramos, B. (2004). Cuadernos de ciencias de la salud y del comportamiento. Compilador: Barcelata, Blanca. México:U.N.A.M.

- Rutter, M. (1983). Stress, doping, and development: Some answers and some questions. (El estrés y el desarrollo; Algunas preguntas y algunas respuestas). New York: Mc Graw-Hill

- Sarason, G. y Sarason, B. (1990). Psicología anormal. España: Trillas.

- Selye, H. (1975). Stress Without Distress. (Estrés sin distress). New York: New American Library.

- Spielberger, C.D. (1972). Anxiety: Current Trends in Theory Research. (Ansiedad: lineas frecuentes en investigación). New York: Academic Press Inc.

- Trianes, M. (2002). Niños con estrés. Como evitarlo, como tratarlo. México: Alfa-Omega.

- Ferry, J. S. (1986). Measures in pediatric psychopharmacology. New York:Mazel.

- Widlocher, D. (1985) Modelos psicoanalíticos. Psiquiatría. Pags. 56-59.

- Witkin, G. (2000). El estrés del niño: estrategias para combatirlo. Barcelona: Grijalbo.