



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**ANSIEDAD INFANTIL: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y SU
TRATAMIENTO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A N:
ANDREA YAZMÍN PEÑA PIMENTEL
LAURA ALEJANDRA RAMOS REYES**

**DIRECTOR: MTRA. MARÍA CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ
DICTAMINADORES: LIC. ÁNGEL ENRIQUE ROJAS SERVÍN
LIC. JOSÉ ESTEBAN VAQUERO
CÁZARES**



TLALNEPANTLA, EDO. DE MÉXICO.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 DE LAURA

Agradezco a mis padres su apoyo, su confianza y la libertad para realizar mis propias decisiones y agradezco a Miguel por sus consejos, su motivación y la espera paciente.

*En el camino de la vida se pasa por
situaciones difíciles, la ansiedad
puede aparecer, pero su
permanencia dependerá de la
persona.*

AGRADECIMIENTOS DE ANDREA

Agradezco a mis padres y a mis hermanos por su apoyo incondicional, su cariño y consejo que me hicieron llegar a este gran logro.

A mis amigos pero sobre todo a Lau por su compañerismo y apoyo en cada uno de mis retos a lo largo de este proceso.

*Algo en mi alma se parece
a ti. Eres tú. No puedes irte
del todo, amiga, aunque te vayas.
Como almendra del fuego, o núcleo
maíz del aire, estás conmigo
dentro de mí, para quedarte
“Ruben Bonifaz Nuño”*

ÍNDICE

	Pág.
Resumen	6
Introducción	7
1 Desarrollo de la psicología clínica.	15
1.1.- Definiciones.	15
1.2.- Antecedentes de la psicología clínica.	19
1.3.- Desarrollo histórico de la psicología clínica.	20
1.4.- Perfil del psicólogo clínico.	27
1.4.1.- Funciones del psicólogo clínico.	28
2 Psicoterapia cognitivo-conductual.	39
2.1.-Modelo psicodinámico.	39
2.1.1.- Terapia psicoanalítica.	39
2.2.- Modelo fenomenológico y humanista-existencial.	41
2.2.1.-Terapia centrada en la persona.	42
2.2.2.- Terapia existencial.	43
2.2.3.-Terapia gestalt.	45
2.3.- Modelo conductual.	46
2.4.- Modelo cognitivo-conductual.	50
2.4.1.- Condicionamiento clásico.	52
2.4.2.- Condicionamiento operante.	55
2.4.3.- Terapia cognitiva.	57
2.4.4.- Terapia de aprendizaje social.	59
2.5.- Técnicas de la terapia cognitivo-conductual.	61
2.5.1.- Técnicas derivadas del condicionamiento clásico.	61
2.5.2.- Técnicas derivadas del condicionamiento operante.	64
2.5.3.- Técnicas derivadas del aprendizaje social.	68
2.5.4.- Técnicas derivadas de la terapia cognitiva.	69
2.6.- Modelos de evaluación conductual.	72

2.6.1.- Objetivo de intervención de la TCC.	75
2.7.- Población y problemáticas que atiende.	76
2.7.1.- Adultos.	76
2.7.2.- Niños.	77
3 Ansiedad infantil: Presentación de un caso.	79
3.1.- Definición de ansiedad.	79
3.2.- Tipos de ansiedad en niños.	83
3.3.- Etiología.	87
3.4.- Formas de evaluación.	93
3.5.- Técnicas de intervención.	99
3.6.- Caso clínico.	109
3.6.1.- Presentación del caso.	109
3.6.2.- Entrevistas con M y A.	110
3.6.3.- Análisis descriptivo.	117
3.6.4.- Análisis funcional.	118
3.6.5.- Diseño de intervención.	119
3.6.6.- Resultados.	119
Conclusiones.	122
Referencias bibliográficas.	127
Anexo.	138

RESUMEN

La terapia cognitiva – conductual atiende diversas problemáticas y diferentes personas, desde niños hasta adultos, retoma el comportamiento y la importancia de las cogniciones o pensamientos como una forma integral de comprender a la persona y su problemática. Desde este planteamiento, el propósito de este trabajo es presentar un caso de ansiedad infantil abordado desde la terapia cognitiva – conductual, ya que es una problemática que afecta al niño y a su familia, no permite que el niño logre un desarrollo normal, evitando que realice de acuerdo a su edad y es probable que como consecuencia en su vida adulta no logre una adecuada adaptación ambiental y emocional. Se realizó un estudio de caso único, se aplicó un programa de intervención con el cual se obtuvo una disminución en el nivel de ansiedad, la adquisición de habilidades de afrontamiento y una reestructuración cognitiva. Por lo que se concluyó que la ansiedad es un problema que se adquiere de una situación estresante y mantenida por el reforzamiento negativo, es una condición que requiere de la participación de los padres y del niño, y que pueden obtenerse resultados favorables con la combinación de técnicas adecuadas.

ANSIEDAD INFANTIL: PRESENTACIÓN DE UN CASO Y SU TRATAMIENTO

La psicología clínica parece ser un campo, una disciplina, una ciencia y una profesión que cubre el rango y totalidad de la conducta humana. Después de años de intentar definir la psicología clínica, la División de Psicología Clínica de la APA publicó un folleto con esta definición: “El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad; también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas y en todos los niveles socioeconómicos” (Cullari, 2001, p.4).

Es preciso subrayar que la psicología clínica no aspira solamente al conocimiento. No es ciencia pura, sino ciencia de aplicación. Quiere conocer la dinámica de la conducta o del proceso evolutivo de tal o cual sujeto para influir sobre él. Su finalidad no sólo es informativa, sino normativa: diagnóstica, describe, adelanta pronósticos, pero sobre todo, aspira a conducir (Fernández –Ballesteros, 1993).

Para que se diera una definición de psicología clínica y ésta surgiera como tal, hubo una serie de acontecimientos a lo largo de mucho tiempo que fueron aportando conocimientos y que llamaron la atención de los psicólogos en otro tipo de temas como la realización y aplicación de pruebas psicométricas o la influencia que tenía un evento en su vida cotidiana.

Es por ello que la psicología clínica no aparece propiamente como tal hasta la década de 1940. Anteriormente, existió un énfasis en el empleo de los tests psicológicos, siendo la principal ocupación de los psicólogos el desarrollarlos, estandarizarlos y aplicarlos. En la época de 1900-1919 fue el surgimiento de la evaluación mental o de las pruebas psicológicas diagnósticas (Phares y Trull, 2003).

Cuando en Estados Unidos comenzó la Primera Guerra Mundial en 1917, surgió la necesidad de detectar y clasificar los grupos de militares a los que se les obligaba a entrar en servicio activo, por lo que se creó un sistema de clasificación de soldados de acuerdo a sus niveles de capacidad y se diseñó la prueba de Army Alfa en 1917. El éxito de la psicología clínica con las pruebas de inteligencia fue de suma importancia para su movimiento subsecuente hacia la evaluación de la personalidad (Kendall y Norton- Ford, 1988).

A partir de La Segunda Guerra Mundial se produjeron dificultades emocionales que desarrollaron muchas de las personas que participaron en ella, debido a ello el interés del psicólogo y su intervención fue cada vez mayor en el campo de la salud mental. Posteriormente entre los años 1940-1950 las fuerzas dominantes habían sido el psicoanálisis y la psicoterapia psicodinámica, a partir de 1960 la terapia conductual obtenía popularidad entre los psicólogos clínicos. Sin embargo, han surgido varias tendencias de intervención que van desde los que tienen apoyo empírico, hasta los enfoques de moda que no tienen dicho apoyo. Algunos estudiosos han estimado que el número de terapias disponibles podría ser más de 400 (Phares y Trull, 2003).

Sin importar la orientación del psicólogo clínico, debe de contar con ciertas características para que su desempeño profesional sea adecuado y ofrezca un servicio que proporcione a la persona una solución a su problemática, como contar con un estilo personalizado en la relación terapéutica, al igual que es necesario que éste suprima algunas conductas que perturban la relación o la hacen ineficaz, hay que tener en cuenta que los prejuicios deben quedar de lado y el psicólogo clínico debe ser capaz de emitirlos lo menos posible.

De parte de los psicólogos clínicos debe de existir sensibilidad ante las cuestiones del tratamiento o evaluación que se pudieran realizar, al mismo tiempo deben de

respetar y proteger la confidencialidad de la información del cliente, sobre todo permite llevar una relación de confianza, que es fundamental en la terapia.

Los psicólogos clínicos se ocupan de cambios comportamentales, insistiendo en aspectos tales como la personalidad, las actitudes, los sentimientos, etcétera. Con base a lo anterior el psicólogo clínico se involucra en la actualidad en una gran variedad de circunstancias ambientales y diversidad de actividades. Éstas incluyen entrevistar y administrar pruebas a diversos tipos de clientes con fines de valoración y diagnóstico; servicios de asesoría y psicoterapia para niños, adultos y estudiantes de bachillerato y familias; consultas de escuelas, industria, gobierno y de grupos comunitarios; enseñanza en el nivel medio superior; administrar clínicas y hospitales, así como diversos programas gubernamentales y participar en la investigación básica y aplicada relacionada con la personalidad, con la conducta anormal y con la evaluación de las técnicas clínicas.

De entre las actividades que realiza el psicólogo clínico la más popular se refiere a escuchar las afirmaciones del paciente sobre su problema o perturbación; obtener datos acerca del problema a través de la observación, de la compilación de una historia de caso, de la descripción cuidadosa de los síntomas y de su evolución, localización y periodicidad y del desarrollo familiar del paciente; la posible aplicación de los test para verificar ciertas hipótesis explicativas con la observación directa, así como la búsqueda de nueva información; la elaboración de la propuesta diagnóstica y sobre esta base, la formulación de una predicción; así como la designación y prescripción de recomendaciones acerca de la estrategia de tratamiento (Caballo, 1991).

Los psicólogos clínicos tienen muchas funciones que se han ido ampliando a lo largo del tiempo y que se puede encontrar en múltiples trabajos y de distintos niveles jerárquicos. Por ello los psicólogos contemporáneos tienen funciones que se pueden agrupar en cinco categorías: evaluación y diagnóstico, investigación, consultoría y psicoterapia, intervención y tratamiento y enseñanza (Pérez, 1988).

Las funciones antes mencionadas las realiza el psicólogo clínico sin importar el marco teórico con el que trabaje. Existen diversos modelos que se ocupan en la psicología clínica; el psicólogo es libre de elegir el que más le convenga. Dentro de estos modelos se puede mencionar el modelo psicodinámico, humanista, conductual, cognitivo y cognitivo-conductual.

Por los supuestos planteados en los modelos cognitivo y conductual, se da paso a la conformación del modelo cognitivo-conductual, retomando el comportamiento y la importancia de las cogniciones o pensamientos, como una forma integral de comprender a la persona y su problemática. En este modelo se retoman teorías del condicionamiento operante y clásico, del aprendizaje social y la teoría cognitiva (Vargas, 2006; Phares y Trull 2003).

De las teorías antes mencionadas se derivan técnicas que son las herramientas de trabajo para la modificación de conductas o pensamientos dentro del modelo cognitivo-conductual como por ejemplo el moldeamiento, modelamiento, reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, entre otras. Las técnicas se pueden mezclar dependiendo del caso a tratar, siempre y cuando éste lo requiera y la técnica sea la más adecuada para resolver la problemática. Las técnicas están dirigidas a un fin dentro de la intervención de la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) (Farré, 2004).

La TCC puede considerar un proceso secuencial de aprendizaje de ciertas habilidades, en el que el terapeuta ayuda al paciente a identificar y modificar aquellas cogniciones y conductas más implicadas en las dificultades actuales. Habitualmente este proceso sigue tres pasos: evaluación, educación sobre el trastorno y aplicación de técnicas específicas (Farré, 2004).

La TCC no está dirigida a un cierto grupo de personas con algún problema en específico, las problemáticas que se atienden son tan diversas como las

situaciones que vive cada persona, así mismo, a la población que se atiende puede ser desde niños hasta adultos, sólo variando la forma de intervención con cada uno de ellos debido a su desarrollo cognitivo.

Así pues esta terapia es utilizada para el tratamiento de parejas, individuos y grupos en diversas circunstancias. La TCC se enfoca en identificar junto con el cliente, a través de la recolección de datos, pensamientos, sentimientos y conductas disfuncionales.

Las circunstancias en que se inicia la terapia varían con el tipo de problema y con el contexto ambiental específico. Los problemas pueden variar desde depresión, tensión, ansiedad, falta de armonía marital, inclinación al robo, pensamientos irracionales, insomnio, amnesia, dolores, estrés ó dificultades sexuales (Garfield, 1979).

En los niños la intervención se realiza en la mayoría de los casos por petición de los padres, ya que son ellos quienes llevan a sus hijos a terapia. Los problemas que se atienden son conductas disruptivas, depresión, fobias, problemas de aprendizaje, enuresis, ansiedad, entre otras.

Anteriormente se trataba a los niños principalmente por conductas disruptivas, en la actualidad se ha dado un incremento en los casos de ansiedad y depresión en los niños, siendo así una problemática que afecta a su desarrollo, en este caso los psicólogos emplean técnicas dirigidas a la solución de problemas con el objetivo de que los niños se adapten en su medio ambiente y en una vida futura se desempeñen adecuadamente.

La ansiedad es considerada una respuesta normal frente a alguna situación de peligro. Comenzó a ser estudiada en los adultos por las repercusiones en su vida; posteriormente se dieron cuenta que los niños también presentan características de la ansiedad, provocando en el un miedo excesivo (Echeburúa, 1997).

Así pues, los miedos son respuestas instintivas y universales, sin aprendizaje previo que tienen por objetivo proteger a los niños de diferentes peligros. Por lo tanto, la respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que preparan al organismo para reaccionar ante una situación de peligro, se entiende como ansiedad. Se manifiesta de manera motora, fisiológica y cognitiva, no necesariamente se presentan todas en una persona, varía de acuerdo al desarrollo de cada una ellas (Echeburúa, 1997).

El desencadenamiento de los trastornos de ansiedad puede ser por acontecimientos estresantes como: divorcio de los padres, hospitalizaciones, cambio de residencia y por otro lado el estilo educativo de los padres, sobre todo de las madres con los hijos. Hay una estrecha relación entre la ansiedad materna, la sobreprotección de los hijos y las respuestas de ansiedad por parte de éstos (Toro, 1991, en Echeburúa, 1997).

No solo los factores parentales, las reacciones emocionales y autorreguladoras desempeñan un papel importante en la predisposición, Los principales modelos etiológicos que se señalan en la explicación de la adquisición y del mantenimiento de los trastornos fóbicos han sido el condicionamiento operante y el clásico, el aprendizaje social y la cognitiva.

La etiología de los trastornos de ansiedad es en gran medida desconocida. Los modelos de condicionamiento explican sólo en parte la adquisición y sobre todo el mantenimiento de los trastornos. Sin embargo lo que interesa desde el punto de vista terapéutico son los factores que contribuyen a mantener las conductas problema.

Para conocer la causa de la ansiedad en el niño se deben de realizar una evaluación para comprender la circunstancia y la problemática a tratar. La evaluación psicológica de los niños es más compleja que la de los adultos. Se

requiere tomar en cuenta tanto la información del niño como el de la madre o cuidador. Los instrumentos más útiles en la clínica son los cuestionarios para niños y los cuestionarios a padres (Ramos, González y Ballesteros, 2002).

Una vez que se han hecho las evaluaciones necesarias, es importante tomar en cuenta que técnicas servirán a los diversos casos de ansiedad, por lo que deben ser las correctas para tener avances significativos en la solución y lograr que la persona se adapte al medio que lo rodea. El tratamiento está dirigido a conseguir cambios en el comportamiento para evitar y controlar la ansiedad en situaciones, de modo que el paciente se enfrente a los problemas y los resuelva con más eficacia (Gándara y Fuentes, 1999).

Las técnicas terapéuticas utilizadas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad en la infancia son muy similares a las de los adultos. La diferencia radica en la adaptación del procedimiento a la edad y a las características del niño, así como el papel más directivo del terapeuta y/o del cooterapeuta (Echeburúa, 1997).

En resumen, la ansiedad es una respuesta normal y adaptativa, pero en ocasiones la persona no controla esta respuesta adecuadamente, desatando así una serie de problemas en su entorno. Al no ser tratada se puede generalizar a otras situaciones o mantiene relaciones de ansiedad. En esta situación, los niños dejan de hacer actividades que normalmente harían, y en algunas ocasiones los padres refuerzan estas respuestas, manteniendo así una relación en la que la ansiedad es una constante. Por ello, en este trabajo se presenta un caso de ansiedad infantil abordado desde la terapia cognitivo conductual, ya que es una problemática que afecta al niño y a su familia, no permite que el niño logre un desarrollo normal, evita que realice actividades de acuerdo a su edad, y es posible que como consecuencias que en su vida adulta no logre una adaptación ambiental y emocional.

Por lo tanto este trabajo se divide en tres capítulos, en el primero de ellos se presenta la historia de la psicología clínica, describiendo como a lo largo del tiempo se ha creado una definición y como a sido su desarrollo. A través de este lapso se han ido definiendo las funciones de un psicólogo clínico.

En el segundo capítulo se aborda los diversos modelos de psicoterapia que son la humanista, la dinámica, la conductual y la cognitiva, haciendo mayor énfasis en el modelo cognitivo conductual y cómo éste se ha formado retomando principios del condicionamiento operante, clásico, de la teoría cognitiva y de la teoría del aprendizaje social. A partir de ello se han derivado técnicas que son las herramientas dentro de la intervención, esta psicología interviene tanto en niños como adultos resolviendo diversas problemáticas.

El capítulo tres se centra en la ansiedad infantil, describiendo sus clasificaciones, formas de evaluación y las técnicas de intervención que se han utilizado. En este apartado se presenta el caso de un niño. Se muestra la forma en que se abordó el caso, desde las evaluaciones, el diseño de intervención y los resultados obtenidos.

CAPÍTULO. 1 DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

1.1 Definiciones.

La psicología clínica aún no se ha logrado independizar adecuadamente de la medicina, por lo que muchas de las definiciones de lo que es la psicología clínica ocupan términos de esta área médica, como lo son síntoma y terapia (Pérez, 1988).

La psicología clínica ha tenido que interactuar con otras profesiones y ha visto surgir nuevos problemas para los cuales no estaba preparada para afrontar. Por ello su desarrollo no ha sido uniforme, ya que existen discrepancias entre los clínicos y los intereses de otras áreas de la psicología (Pérez, 1988).

Existen distintas definiciones en el campo de la psicología, ya que ha crecido tan rápidamente y en tantas direcciones que cualquier intento por describirlo en una o dos frases, resultaría demasiado vago (Buendía, 1999).

La psicología clínica es una disciplina, una ciencia y una profesión que cubra el rango y totalidad de la conducta humana. Después de años de intentar definir la psicología clínica, la División de psicología clínica de la APA publicó un folleto con esta definición: “El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad; también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas y en todos los niveles socioeconómicos” (Cullari, 2001, p. 4).

En términos generales la psicología clínica se define como un área aplicada de la psicología general, ésta se ocupa de buscar, instrumentalizar e implementar los principios que lleven a la comprensión del carácter único de la persona, la

cual acuda por ayuda y cuyo objetivo es reducir su malestar, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada, tanto para sí misma como para las personas que conviven con ella (Pérez, 1988).

La definición de Witmer, el fundador de la primera psicología clínica de Estados Unidos en 1896, es considerada por muchos psicólogos como la definición original del campo, la definió como una disciplina preocupada por el estudio de los individuos mediante la observación o la experimentación, con el propósito de facilitar cambios en ellos. Así pues los métodos de la psicología clínica están necesariamente involucrados (Compas, 2002).

El interés del clínico se centra en descubrir y describir el comportamiento humano, por ello la clínica dirige su atención al estudio individual. Así pues, podemos señalar, como primera característica de la psicología clínica, que ésta es una forma de psicología individual, que tiene como centro la salud mental (Mackay, 1978).

Kendall y Norton-Ford (1988) identifican a la psicología clínica como una subdivisión o especialidad de una disciplina más amplia: la psicología. Esto quiere decir que los psicólogos clínicos, como todos los psicólogos, se dedican al estudio y comprensión de la conducta. Pero al contrario de otros psicólogos, los clínicos estudian en forma casi exclusiva la conducta humana.

La Psicología Clínica es la disciplina o el campo de especialización de la Psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o los trastornos mentales o cualquier otro comportamiento relevante para los procesos de la salud y enfermedad, en los distintos y variados contextos en que éstos puedan tener lugar (Pérez, 1988).

Sin embargo, son varias las definiciones de psicología clínica, Goldenberg (1973, en Kendall y Norton-Ford, 1988, p. 12) la define como “una rama de la psicología que investiga y aplica los principios de la psicología a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a

funcionar de forma eficaz y con mayor sentido”; Rotter (1971, en Kendall y Norton-Ford, 1988, p.12) la define como “la aplicación de los principios de la Psicología del individuo para una mejor adaptación a la realidad”. Korchin enuncia la siguiente definición: “La psicología clínica se preocupa por entender y mejorar la conducta humana... Su aspecto clínico consiste en mejorar la situación de las personas que se encuentran en problemas, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas, procurando al mismo tiempo, mediante la investigación, mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos para lograr mayor eficiencia en el futuro” .

Shakow (1969, en Kendall y Norton-Ford, 1988, p. 12) indica que la psicología clínica “se dedica a los problemas de adaptación psicológica del individuo determinando y evaluando sus posibilidades de adaptación, estudiando y aplicando las técnicas psicológicas más apropiadas para mejorarla”. Watson (1951, en Kendall y Norton-Ford, 1988, p. 12) la definió como “la aplicación de principios y técnicas de la psicología a los problemas del individuo. El cuerpo de doctrina que se maneja en esta especialidad proviene de la psicología, la teoría de la personalidad, la psiquiatría, el psicoanálisis y la antropología”.

La psicología clínica es una forma de psicología individual y como tal, su objeto es conocer, no la vida psíquica en general (principios, leyes y fenómenos), sino las peculiaridades de comportamiento individuales (Peinado, 1978).

La psicología clínica es necesariamente antropológica e individual, es decir, su objeto de estudio de las peculiaridades individuales de los intentos psíquicos entre las pautas reaccionales derivadas de los factores disposicionales y las derivadas del ambiente, y consecuentemente, el análisis de las formas de conducta resultantes. Todo ello en vista de cooperar en la vigilancia, mantenimiento o recuperación de la salud mental o en su defecto, para ayudar al sujeto en el esfuerzo de compensación o aceptación del déficit funcional derivado con carácter irreversible, de enfermedad, anomalía o accidente (Kantor, 1990).

Es preciso subrayar que la psicología clínica no aspira solamente al conocimiento. No es ciencia pura, sino ciencia de aplicación. Quiere conocer la dinámica de la conducta o del proceso evolutivo de tal o cual sujeto, para influir sobre él. Su finalidad no sólo es informativa, sino normativa; diagnostica, describe y adelanta pronósticos (Fernández-Ballesteros, 1993).

Conviene resaltar que la Psicología Clínica constituye un campo de especialización de la Psicología, aparentemente el más relevante si se toma en consideración el número de psicólogos que realizan sus funciones en este campo, mayor que el de cualquier otro ámbito aplicado de los actualmente existentes. La consideración de disciplina especializada de la Psicología conlleva, por su parte, la inseparable característica de que los expertos que la practican han de ser necesariamente psicólogos con una formación complementaria especializada en el ámbito de la Psicología Clínica (Pérez, 1988).

El ámbito de la Psicología Clínica está dedicado específicamente, a los trastornos considerados clásicamente clínicos o mentales y la otra a los fenómenos y problemas psicológicos en su relación con los problemas médicos o de salud en general. En cuanto a los principios, los conocimientos, las técnicas y los instrumentos que la Psicología Clínica aplica, en la definición se especifica que éstos han de ser científicos, indicando con ello que aunque ésta constituye más una disciplina aplicada que una ciencia básica, los conocimientos en que se fundamentan han sido derivados científicamente, al igual que la totalidad de los conocimientos que constituyen la actual Psicología, definida como la ciencia dedicada al estudio de la conducta o el comportamiento humano a través de las distintas manifestaciones en que éste pueda tener lugar (cognitivas, emocionales, motoras o manifiestas y psicofisiológicas en general) y a la aplicación práctica y positiva de este conocimiento en los distintos ámbitos o contextos en que los sujetos humanos pueden desenvolverse (Pérez, 1988).

En este sentido, conviene llamar la atención sobre el hecho de que la Psicología Clínica no sólo se aplica o toma en consideración los fenómenos o

procesos anormales o patológicos, sino que estudia y se aplica igualmente y cada vez con más dedicación, a los procesos y estados de salud y bienestar, tanto de los individuos como de los grupos humanos, tratando de asegurar los mismos o de reinstaurarlos en caso de que éstos se hubieran perdido, de acuerdo con las importantes funciones complementarias de prevención y de educación para la salud (Pérez, 1988).

1.2 Antecedentes de la psicología clínica.

Establecer el comienzo de la psicología clínica o designar una persona en particular como su fundador puede ser arbitrario. De hecho se puede ir hasta los filósofos griegos como Tales, Hipócrates o Aristóteles quienes, especulaban acerca de los seres humanos y la naturaleza del pensamiento, la sensación y la patología (Phares y Trull, 2003). Cuando la medicina se convierte en ciencia, tiene lugar la primera medicalización propiamente dicha de las alteraciones mentales, dado que se le atribuyen por primera vez a causas naturales. Los griegos, por la disposición a un conocimiento racional, modifican notablemente la visión del comportamiento anormal, configurándose como un verdadero saber técnico a partir de la observación metódica (Goldfried, 1996). Estos filósofos se citan como antecedentes en casi cualquier profesión, movimiento o sistema de pensamiento en la sociedad occidental por lo que no es raro que tuvieran curiosidad por la comprensión del ser humano (Mensch, 1971; Phares y Trull, 2003)

En las civilizaciones posteriores a los griegos los trastornos mentales eran atribuidos a la influencia de poderes demoníacos o sobrenaturales. Una amplia gama de causas no naturales, desde la pérdida del alma, los tabúes, la introducción en el cuerpo de sustancias u objetos dañinos, así como los efectos nocivos de la brujería y poderes de la magia negra de otros seres humanos o de difuntos rencorosos e insatisfechos, producirían este tipo de afecciones y la persona que era el agente terapéutico es el chaman (Goldfried, 1996; Salama y Castanedo, 1991).

Posteriormente, en las civilizaciones más estructuradas, donde ya existe una división social del trabajo y en las que el poder está simbolizado en un emperador identificado con la divinidad y dueño absoluto de las tierras, las alteraciones del comportamiento son percibidas desde una perspectiva religiosa y se sigue atribuyendo su etiología a poderes sobrenaturales, pero la situación es más compleja porque existen ya ciertos conocimientos sobre dichas alteraciones (Goldfried, 1996).

Con la Edad Media la demonología vuelve de nuevo. Se acepta al demonio como culpable de todos los comportamientos anormales. La conducta desviada se vuelve como perversa, ya que supone una acción contra Dios provocada por el demonio. Es en el Renacimiento cuando propiamente tiene lugar la “secularización” de la locura y cuando los locos comienzan a ser considerados como personas peligrosas, de forma parecida a criminales y delincuentes. En el siglo XVII se desarrolla la psicología asociacionista, que consideraba a las percepciones de los sentidos como la única fuente de vida psíquica (Goldfried, 1996).

1.3 Desarrollo histórico de la psicología clínica.

Las raíces principales de la psicología clínica se encuentran en dos campos de estudio: las diferencias individuales y las pruebas psicométricas (Rotter, 1965). La tradición académica y la investigación en psicología se representan en los trabajos realizados por Wilhelm Wundt quien recibe por lo general el crédito de haber establecido el primer laboratorio psicológico formal en Leipzig en 1879 (Compas, 2002; Phares y Trull, 2003). En ese mismo decenio, el estadounidense William James, también estableció un laboratorio y en 1890 publicó su clásico, *Principios de Psicología* (Phares y Trull, 2003).

A finales del siglo XIX la psicología clínica apareciera como una disciplina independiente. Se consideraba una ciencia y se comenzaba a aplicar los métodos científicos.

Lightner Witmer inicio lo que fue la primera clínica psicológica (Baumann, 1994; Bernstein y Nietzel, 1986; Compas, 2002). Esta clínica se enfocaba a la ayuda de los niños con problemas de aprendizaje. También fundó la primera revista de psicología clínica, la que contribuyo con artículos. Él denominó al área de psicología clínica y fue el primero en enseñar un curso específico de esta área. (Compas, 2002; Phares y Trull, 1999).

En la convención de 1896 de la APA Witmer comunicó a sus colegas que había descubierto un nuevo tipo de psicología y describió los puntos básicos. Los cuales eran: que la psicología había sido un resultado del examen de los seres humanos y que el método de discernir las capacidades y defectos mentales estaba desarrollado en una clasificación de la conducta observada. Mencionó que la clínica psicológica es una institución para el servicio social y público, útil para la enseñanza y para hacer investigaciones (Bernstein y Nietzel, 1986 y Rotter, 1965).

Otro desarrollo importante fue el diagnóstico de adultos. Esto se inicio en varios hospitales de enfermos mentales para ayudar con el diagnostico y tratamiento los casos de lesiones cerebrales y otros problemas (Rotter, 1971, en Bernstein y Nietzel, 1986). Médicos franceses y alemanes como Rostan, Charcot, Kraepelin y psicólogos como Janet, iniciaron el descubrimiento de los desordenes específicos y trataron de encontrar su etiología (Rotter, 1965).

La psicología clínica se incorporó a las teorías freudianas por la estrecha relación que los psicólogos llevaban con los psiquiatras. Healy trabajo con niños cuyos problemas eran de retraso mental. En 1906 se comenzó a publicar la revista *Journal of Anormal Psychology* que era de corte psicoanalítica. Ya con revistas especializadas, clínicas e internados, la profesión de la psicología clínica empezaba a tomar forma (Compas, 2002; Phares y Trull, 2003; Rotter, 1965).

Pero el foco de atención de la APA se situaba en la psicología como ciencia y no como profesión. Y esto era una realidad a pesar de que en las universidades se estaba respondiendo con cursos que en las escuelas públicas

se estaban solicitando. En 1919 se creó la primera clínica de psicología clínica dentro de la APA, al mismo tiempo que se creaban muchas clínicas psicológicas (Compas; 2002; Phares y Trull, 2003).

Al término de la Primera Guerra Mundial, la psicología clínica centró su atención en el diagnóstico de adultos no hospitalizados y se elaboraron nuevas y variadas pruebas. Por lo que hubo necesidad de clasificar a las personas que podían entrar al ejército, en el departamento de Medición se nombró a 5 miembros de la *American Psychological Association* (APA). Su presidente fue Robert Yerkes. El comité estaba encargado de la tarea de crear un sistema de clasificación de soldados de acuerdo a sus niveles de capacidad y diseñó la prueba de Army Alfa en 1917. Éste fue quizás, el primer cuestionario diseñado para promover de manifiesto la conducta anormal. Con estos burdos instrumentos de detección como la hoja de datos personales de Woodworth y las pruebas de Army Alfa y Beta, el movimiento de las pruebas grupales había iniciado su camino (Bernstein y Nietzel, 1986; Phares y Trull 2003).

Después de la guerra los psicólogos se siguieron ocupando de los niños con problemáticas, fundamentalmente en la educación dando oportunidad para hacer más pruebas. Ahora bien, para el decenio de 1920 los psicólogos clínicos ya buscaban un reconocimiento de la APA por el papel que desempeñaban. En 1931 se constituyó un comité para las normas de entrenamiento y en 1935 este comité definió la psicología clínica como el arte y la tecnología relacionado con la adaptación de los individuos. Eventos como el primer texto de psicología clínica y la publicación de artículos en más revistas especializadas señalaron el crecimiento de la profesión (Ávila, Jiménez, Ortiz y Rodríguez, 1992; Mensh, 1971; Phares y Trull, 2003; Rotter, 1965).

El estallido de la Segunda Guerra Mundial y sus secuelas produjeron cambios importantes en el ejercicio profesional del psicólogo clínico, uno de ellos fue la migración a Estados Unidos y con ello reducir el énfasis en las pruebas de inteligencia o habilidades y aumentar su interés en la personalidad y su medición (Rotter, 1965). Anteriormente, existía un gran interés por la utilidad de los tests psicológicos, siendo la principal ocupación de los psicólogos el

desarrollar, estandarizar y aplicar los tests psicológicos. En la época de 1900-1919 fue el surgimiento de la evaluación mental o de las pruebas psicológicas diagnósticas. El comienzo puede encontrarse con Galton, el cual es el padre de la psicología diferencial, centrado en las diferencias individuales tratando de llegar a la descripción y medición de las características humanas o Cattell, quien propuso los test mentales como instrumentos de medida de determinadas características psicológicas, las técnicas de evaluación de funciones sensoriales, perspectivas y motoras y el énfasis en la utilización de medidas objetivas son sus principales aportaciones; pero el ímpetu definitivo provino del trabajo de Alfred Binet, quien propone el método de lo que serán los test mentales; con tales pruebas se integra el estudio de la memoria, las imágenes mentales, la imaginación, la atención, la comprensión, la sugestibilidad, los sentimientos estéticos y morales y hasta la fuerza de voluntad. El interés por la evaluación de las funciones superiores, la consideración del examen psicológico como independiente y complementaria de la exploración médica y de la evaluación pedagógica y la constitución del primer test de medida de inteligencia parecen suficientes méritos como considerar a Binet uno de los padres de la evaluación psicológica (Fernández, 2004; Pérez, 1988; Watson, 1971). En la investigación de la evaluación se tenía en cuenta las diferencias individuales, ya que en un principio las pruebas se utilizaban en ámbito educativo (Mensh, 1971; Rotter, 1965).

Los avances en las pruebas al inicio de la Segunda Guerra Mundial se utilizaron para absorber a un mayor número de hombres para la milicia, por lo que los psicólogos empezaron a desarrollar más pruebas y se necesitó de tecnologías para esta situación. Más de 1700 psicólogos fueron a la guerra y posteriormente regresaron como civiles pero con más experiencia (Phares y Trull, 2003). Sin embargo, con el término de la Segunda Guerra Mundial, había una gran cantidad de personas que necesitaban ayuda mental, por lo que se dieron cuenta que la guerra había hecho estragos a los hombres enviados a batalla; por lo tanto, no había el suficiente personal para que los atendieran. Fue entonces cuando a los psicólogos comenzaron un arduo trabajo (Garfield, 1979). En mayor medida se incluía la psicoterapia individual que tenía una buena ejecución tanto en las metas a corto plazo de regresar a los hombres a

combate como aquellas a mayor plazo en la rehabilitación. La experiencia de la guerra estimuló el interés de los psicólogos por una mayor responsabilidad en el campo de la salud mental (Compas, 2002).

Estos enfermos recayeron en la administración de veteranos (AV) en donde se tenía la responsabilidad de proporcionar el cuidado y la rehabilitación de las personas que habían sufrido algún trauma emocional a partir de su servicio militar, al ver la gran cantidad de personas y al no tener a los profesionales suficientes la AV decidió proporcionar apoyo económico para el entrenamiento de estos (Phares y Trull, 2003; Rotter, 1965; Watson, 1971).

La AV representó un importante papel en el ascenso de la profesión de la psicología clínica, ya que los internados que ellos proponían eran atractivos económicamente. Y ya teniendo la atención sobre los adultos se dejó un poco la parte de la atención a los niños y no solo eso, ahora se esperaba que los psicólogos clínicos proporcionaran terapias individuales y en grupo. Para 1949 la profesión ya tenía visibilidad frente al público. (Ávila, et al., 1992; Phares y Trull, 2003)

Se nota un mayor crecimiento profesional a partir de primera publicación del *American Psychologist* en 1946. Para entonces la APA ya afirmaba que los psicólogos clínicos tenían como función integral la psicoterapia y al mismo tiempo la APA ya tenía una participación más activa. En una conferencia se explicaba el modelo científico-practicante para el entrenamiento de psicólogos clínicos. Y este modelo sirvió de pauta hasta el momento aunque siempre ha tenido críticas. Además de especificar normas de prevención teórica y de competencia para tener criterios en la práctica (Mensh, 1971; Phares y Trull, 2003)

En 1943, apareció el Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (MMPI). El MMPI era una prueba objetiva de autoinforme, cuya principal función era la asignación de etiquetas psiquiátricas a los pacientes. Otras pruebas como el Rorschach se utilizaron de igual forma. Los decenios de 1940 y 1950 atestiguaron un crecimiento en la complejidad de la tecnología de

pruebas. Detonados por el desarrollo del MMPI, comenzaron a surgir debates acerca de la relativa efectividad de la predicción Clínica y estadística (Phares y Trull 2003).

Desde el decenio de 1940 hasta el de 1950 hubo un crecimiento explosivo en las pruebas de personalidad. Esto fue especialmente cierto en el caso de las pruebas proyectivas. El Rorschach y el TAT continuaron en posición destacada. Pero durante esos años también se publicaron muchos otros instrumentos. Se consideraba a los psicólogos clínicos expertos en psicodiagnósticos, siendo el uso e interpretación de las puntuaciones en las pruebas psicológicas la base para la formulación del diagnóstico así como la planificación del tratamiento (Garfield, 1979).

De acuerdo con Phares y Trull (2003), es de sorprenderse que el principal desafío a las pruebas de personalidad provenga de fuera de estas posturas. A finales del decenio de los 50, el movimiento denominado *conductismo radical* empezó a ejercer su influencia. Aquellos que se sumaron a esta orientación sostenían que sólo puede medirse la conducta explícita, y que no es útil o deseable inferir el nivel o la existencia de rasgos de personalidad a partir de los resultados de pruebas psicológicas; según los conductistas radicales, los rasgos de personalidad no se pueden medir de forma directa. La evaluación de la personalidad comenzó a sufrir ataques y los programas de psicología clínica, en el decenio de los 60 asumieron una inclinación mucho más conductual. Pero ¿Este giro señaló la muerte de la evaluación de la personalidad? No, no fue así, el resurgimiento del interés que se observa en las décadas de lo 80s y 90s puede atribuirse a la presentación y cobertura de una gran variedad de trastornos de la personalidad.

Fue a partir de la década de los setenta cuando, se produjo de forma gradual un triple reconocimiento de gran alcance para la psicología: se acepta que los factores psicológicos influyen en todas las ramas de la medicina; se reconoce que el psicólogo clínico no tiene que reducir su actividad exclusivamente a los problemas psicopatológicos; y al mismo tiempo también se espera que la

psicología aporte concepciones nuevas sobre los problemas de salud. (Compas, 2002; Watson, 1971).

El éxito de la psicología clínica con las pruebas de inteligencia fue de suma importancia para su movimiento subsecuente hacia la evaluación de la personalidad. A medida que los clínicos avanzaron más allá de los confines de las escuelas e instituciones públicas de débiles mentales, ingresaron a servir dentro de instituciones penales, hospitales psiquiátricos y clínicas, los médicos y psiquiatras que hacían las referencias comenzaron a hacer preguntas más complejas como: ¿Cuál es el nivel de capacidad de este paciente? Comenzaron a evolucionar a preguntas que tenían que ver con el diagnóstico diferencial ¿El nivel de funcionamiento de este paciente es producto de limitantes intelectuales, institucionales o de un proceso patológico como si la esquizofrenia estuviera erosionando la ejecución intelectual? Dado que responder a estas preguntas implicaba más que la mera identificación del nivel del CI, se desarrollaron nuevos métodos para evaluar la ejecución de pacientes en pruebas de inteligencia. En muchos casos, el psicólogo empezó a buscar patrones de ejecución más que sólo una puntuación total (Kendall y Norton-Ford, 1988; Watson, 1971).

Mientras que antes las fuerzas dominantes habían sido el psicoanálisis y la psicoterapia psicodinámica, ahora la terapia conductual obtenía popularidad entre los psicólogos clínicos. Son dignas de mención varias otras tendencias de intervención. Éstas van desde los enfoques cognitivos-conductuales que tienen apoyo empírico, hasta los enfoques de moda que no tienen apoyo empírico. Algunos estudiosos han estimado que el número de terapias disponibles podría ser más de 400. Quizás debido a este sorprendente número de orientaciones terapéuticas muchos psicólogos clínicos se consideran eclécticos. Estos clínicos emplean las técnicas de más de una orientación teórica, la selección se basa en los problemas particulares que presenta el cliente (Phares y Trull, 2003). Por lo tanto, en la actualidad, la psicología clínica se encuentra demasiado centrada en lo patológico, olvidando la proyección social de individuos y los aspectos preventivos. Al mismo tiempo, y

con demasiada frecuencia la importancia de los factores ambientales a la hora del diagnóstico y del tratamiento.

1.4 Perfil del psicólogo clínico.

Según Phares y Trull (2003), el psicólogo clínico es un profesional cuyo dominio es el de las relaciones del hombre, consigo mismo y con los demás, un observador del intento del individuo por integrarse a su núcleo social y ser al mismo tiempo independiente y responsable. Los psicólogos clínicos se ocupan de cambios comportamentales, insistiendo en aspectos tales como la personalidad, las actitudes, los sentimientos, etcétera.

Los individuos que están atraídos hacia la psicología clínica tienen ciertos refuerzos, vinculados a la relación terapéutica, inclusive si difieren en el estilo personal de acción. Es deseable contar con estilos personalizados en la relación terapéutica, al igual que es necesario suprimir algunas conductas que perturban la relación o la hacen ineficaz (Fontaine, 1981), hay que tener en cuenta que los prejuicios quedan de lado y el psicólogo clínico debe ser capaz de manejarlos (Phares y Trull, 2003).

De parte de los psicólogos clínicos debe de existir una sensibilidad ante las cuestiones del tratamiento o evaluación que se pudieran realizar, al mismo tiempo deben de respetar y proteger la confidencialidad de la información del cliente, sobre todo permite llevar una relación de confianza, que es fundamental en la terapia (Cullari, 2001; Phares y Trull, 2003). Algunas cualidades importantes son la implicación, dedicación, integridad, concienciación, competencia, inteligencia, conciencia psicológica y empatía. También debe ser reflexivo, pesimista-realista, debe de escuchar sin interrumpir y no criticar, además la intuición la creatividad son dotes complementarios (Goldstein, 2001)

Al existir una relación dual se debe de tener en cuenta el bienestar del cliente, que implica que el psicólogo clínico tenga la disposición de terminar la terapia cuando ésta ya no ayuda a la persona (Phares y Trull, 2003).

La misión específica del psicólogo clínico no es propiamente hacer diagnósticos, sino más bien la descripción de la situación problema; y consecuentemente un intento de modificación de los fenómenos problemáticos que descubren como parte de ayudar al individuo (Phares y Trull, 2003; Schraml, 1975).

1.4.1 Funciones del psicólogo.

El psicólogo clínico debe de estar preparado como hombre de ciencia y como profesional se encuentra en el centro del debate. Se espera alternativamente de él que sea un escéptico, crítico y riguroso comprobador de hipótesis, y que sea un diagnosticador y/o terapeuta competente (Mensh, 1971).

Los psicólogos clínicos están empleados en la actualidad en una gran variedad de circunstancias ambientales, y se dedican a una gran diversidad de actividades. Estas actividades incluyen entrevistar y administrar pruebas a diversos tipos de clientes con fines de valoración y diagnóstico; servicios de asesoría y psicoterapia para niños, adultos y estudiantes de bachillerato y familias; consultas de escuelas, industria, gobierno y de grupos comunitarios; enseñanza en bachillerato y humanidades; administrar clínicas y hospitales, así como diversos programas gubernamentales, y participar en la investigación básica y aplicada relacionada con la personalidad, con la conducta anormal y con la evaluación de las técnicas clínicas (Compas, 2002; Ramírez, 1993).

De entre las actividades que realiza el psicólogo clínico se encuentra la de escuchar las afirmaciones del paciente sobre su problema o perturbación de esta manera la confidencialidad es de suma importancia en la ética del personal clínico (Río, 2005); obtener datos acerca del problema a través de la observación, de la compilación de una historia de caso, de la descripción cuidadosa de los síntomas y de su evolución, localización y periodicidad y del desarrollo familiar del paciente; la posible aplicación de los test para verificar ciertas hipótesis explicativas con la observación directa, así como la búsqueda de nueva información; la elaboración de la propuesta diagnóstica y sobre esta

base, la formulación de una predicción; así como la designación y prescripción de recomendaciones acerca de la estrategia de tratamiento (Caballo,1991).

El psicólogo clínico lleva a cabo un grupo de comportamientos interpersonales llevados a cabo durante la práctica con el paciente. Estos comportamientos se hallan determinados por la forma del caso. Así pues esta definición pone de manifiesto el hecho de que puede encontrarse un consenso respecto a una serie básica de habilidades que el terapeuta pueda usar en todas sus intervenciones (respeto, aceptación confianza, interés, etcétera) y otro grupo de estrategias que puedan ir variando sistemáticamente dependiendo del problema y de la formulación clínica que afecta a cada paciente (Muñoz, 2003).

Mackay (1978), plantea que el psicólogos clínicos plantea cuatro servicios que son la evaluación, el tratamiento, la enseñanza y la investigación, sin embargo al paso del tiempo se han ido ampliando las funciones y que se pueden encontrar en múltiples trabajos y de distintos niveles jerárquicos. Pero los psicólogos contemporáneos tienen funciones que se pueden agrupar en cinco categorías (Pérez, 1988):

- Evaluación y diagnóstico.
- Investigación aplicada y fundamental y evaluación de técnicas y métodos de intervención.
- Consultoría y psicoterapia al nivel de individuos, grupos y familias.
- Entrenamiento de los no profesionales como personas que pueden prestar ayuda para el desenvolvimiento de su trabajo.
- Crear programas de intervención a nivel comunitario, ya que se ha comprobado que la intervención individual no basta.

Y Compas (2002) añade la prevención como una de la funciones del psicólogo.

- **Evaluación y diagnóstico.**

El diagnóstico y la evaluación sin duda es la actividad a la que se le ha dedicado mayor tiempo, estas actividades son resultado del compromiso tácito con la psiquiatría.

Consiste en la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como resultado del proceso de evaluación psicológica (Mensh, 1971; Pérez, 1988).

Los diagnósticos incluyen cuatro elementos que son fundamentales:

- ✓ Un conjunto de descripciones detalladas de los trastornos que aquejan al individuo.
- ✓ Las causas por las cuales el individuo se encuentra en esa situación, esto permitirá determinar qué clase de tratamiento deberá recibir el sujeto.
- ✓ Propositiones, en las cuales se trata de determinar cuál será la evolución probable del caso, tanto si es sometido a tratamiento o no.
- ✓ Conjunto de consideraciones teóricas con las cuales se trata de dar recomendaciones del efecto de la intervención, por qué y en qué condiciones.

El diagnóstico tiene consecuencias que sobrepasan la situación clínica, resulta fácil clasificar a una persona pero es difícil quitarle esa etiqueta, ya que las personas que lo rodean tienden a interpretar sus comportamientos en función del rótulo asignado, pero también el diagnóstico sirve para determinar si un individuo debe ser hospitalizado o no (Pérez, 1988).

Para poder dar un diagnóstico correcto primero se debe llevar a cabo la evaluación, la cual consiste en recabar información por medio de observaciones sistemáticas, entrevistas o por test (Pérez, 1988), además se evalúan las características, fortalezas y debilidades de un individuo (Cullari, 2001), este paso incluye la administración y la interpretación de las pruebas psicológicas estandarizadas. Para Fernández-Ballesteros y Carrobles, (1981,

en Ávila, et al., 1992) la evaluación consiste en identificar las conductas objeto de estudio, tanto motoras como fisiológicas o cognitivas, así como las variables ambientales y/o internas que las mantienen o controlan, con el objetivo de realizar un tratamiento o intervención psicológica sobre la información obtenida por diferentes medios como la entrevista clínica, autoinformes, pruebas, la observación del comportamiento del cliente y un análisis de los espacios en el que se desenvuelven cotidianamente (Compas, 2002; Garfield, 1979; Wiens, 1992). A partir de ello se va a tomar la decisión sobre lo que se va a llevar a cabo, como las condiciones de trabajo, qué intervención es la adecuada y cuáles son las consecuencias de la intervención. Sin embargo la información recabada de ser fiable y confiable para que la decisión sea la más adecuada (Compas, 2002; Pérez, 1988; Schraml, 1975).

- **Investigación.**

El saber científico consiste en descubrir las regularidades causales y funcionales que permiten dar una explicación de los fenómenos observados y prever las condiciones y las futuras formas de manifestaciones. En base con lo anterior la metodología científica es utilizada para conocer cuáles son las relaciones, cómo y cuándo se presentan.

El objetivo del trabajo científico es estudiar racionalmente las manifestaciones conductuales humanas, por muy irracionales que éstas sean, el hecho de que el comportamiento sea irracional y contradictorio no hace que la psicología clínica sea así, ya que es el método el cual define a la ciencia (Pérez, 1988).

El psicólogo, tanto por tradición histórica como por formación facultativa, está orientado a la investigación. De hecho, esta actividad es una característica del psicólogo en relación con los demás profesionales de la salud y así, la investigación ha llegado a constituir una contribución reconocida en el contexto clínico y de intervención comunitaria. Las investigaciones del psicólogo clínico se llevan a cabo en los propios contextos aplicados y, a menudo, formando parte de las prestaciones profesionales, pero también se realiza en laboratorios disponiendo ya de mejores condiciones para estudios controlados (Bernstein y

Nietzel, 1986; Garfield, 1979; Pérez, 1988). Además existen quienes afirman que es en esta área donde los psicólogos han hecho las aportaciones más valiosas (Bernstein y Nietzel, 1986).

Las áreas de investigación por parte del psicólogo clínico incluyen desde la construcción y validación de tests hasta el estudio del proceso y del resultado de distintos tratamientos psicológicos, desde la determinación del valor pronóstico de determinadas variables hasta la comprobación de la viabilidad de profesionales como terapeutas, desde el análisis de contextos infantiles o geriátricos hasta la evaluación o experimentación neuropsicológica o psicofísica, la investigación es excesivamente variada, que va desde problemas que pueden observarse y estudiarse en animales, en un laboratorio hasta la eficacia de alguna psicoterapia de algún problema específico (Bernstein y Nietzel, 1986; Compas, 2002; Pérez, 1988).

Esta orientación a la investigación del psicólogo en el marco de la salud tiene importancia, al menos por las tres siguientes razones: por un lado, permite evaluar críticamente la ingente cantidad de investigaciones que de continuo se publican, para discriminar posibles nuevas aportaciones y determinar qué procedimientos de evaluación e intervención terapéutica sean más adecuados para sus clientes. Por otro lado, es una condición para evaluar la efectividad de su propio trabajo, de modo que se eviten prácticas equivocadas clínicamente sostenidas por la inercia y se promueva una mejor actuación profesional (Pérez, 1988).

En conclusión, la investigación en la clínica pretende hacer aportaciones originales, generan y apoyan hipótesis, se cuestiona la información y se completa y siempre habrá nuevas ideas (Mackay, 1978; Pérez, 1988).

- **Consultoría y psicoterapia.**

Se refiere aquí al consejo de experto que el psicólogo clínico proporciona para una variedad de problemas a petición de alguna organización. En este caso, el trabajo del psicólogo se integra en el cuidado general de estos pacientes de

forma permanente. La intervención del psicólogo, en este caso, es la de un “consultor técnico”. El psicólogo colabora en el diseño y ejecución de programas para modificar o instalar conductas adecuadas, como es el caso de programas referidos a las conductas de cumplimiento o adherencia al tratamiento; para modificar conductas que constituyen un factor de riesgo añadido para la salud del paciente, que pueden dificultar su recuperación o rehabilitación (Compas, 2002; Mackay, 1978; Pérez, 1988).

Se incluye en esta actividad de consulta el servicio de asesoría clínica proporcionado a otros psicólogos que lo requieran. Consiste en recibir asesoramiento de un experto sobre un caso que está siendo objeto de atención profesional por parte del psicólogo clínico (Pérez, 1988).

Esta actividad presenta, en muchas ocasiones, la oportunidad de combinar la investigación, el diagnóstico, el tratamiento y la enseñanza. Quizá ello se debe que muchos psicólogos clínicos encuentran interesante y lucrativo el campo de las consultorías (Bernstein y Nietzel, 1986)

La consulta se puede tipificar por el objetivo, la función desempeñada y el lugar de la responsabilidad. El objetivo puede estar orientado al caso, por lo que su propósito es tratar uno o varios casos de manera directa y personalmente ya sea aconsejando cómo se debe manejar (Bernstein y Nietzel, 1986), proporcione consejo a terceros, o puede estar dirigida a la organización o programa. La función desempeñada se puede resolver como consejo, servicio directo (evaluación, psicodiagnóstico, tratamiento, intervención en cambios organizacionales, arbitraje de experto), o enseñanza (formación en tareas específicas, entrenamiento de personal, orientación en el uso de instrumentación psicológica) y otras formas (Pérez, 1988).

Las bases de operaciones de los servicios de consulta de los psicólogos puede ser la práctica independiente o una firma de consultoría especializada en este tipo de trabajo (Compas, 2002). No es fácil tener éxito en la función de consultoría, hay que ser consciente que se es un extraño ante las demás personas u organizaciones (Bernstein y Nietzel, 1986).

- **Intervención y tratamiento.**

La imagen más común de un psicólogo clínico es la de alguien que conduce una psicoterapia individual, de pareja o grupal (Compas, 2002).

El tratamiento supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales y otros (Baumann, 1994). Bernstein y Nietzel (1986) mencionan que el tratamiento consiste en ayudar a sus pacientes a solucionar sus problemas psicológicos que los angustian.

El objetivo del tratamiento es disminuir la angustia, (Baumann y Perrez, 1994; Bernstein y Nietzel, 1986), el problema de conducta de una persona o grupo o la prevención de los problemas antes de que aparezcan, haciendo los cambios necesarios en la institución, ambiente o situación social (Bernstein y Nietzel, 1986; Schraml, 1975).

Se entiende que todo tratamiento o intervención supone algún tipo de relación interpersonal y situación social. Estas formas de ayuda pueden denominarse psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitiva (o cognitivo-conductual), terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial (fenomenológica o humanística), consejo o asesoramiento psicológico, o puede todavía reconocerse con otros nombres dependiendo de la orientación y preferencia del clínico (Baumann, 1994; Bernstein y Nietzel, 1986).

La prestación del tratamiento puede ser en aplicación individual, en pareja o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo. La duración del tratamiento suele ser por lo general entre cinco y cuarenta sesiones (comúnmente a razón de una o dos por semana), pero también pueden ser tan corto como una sesión y tan largo como que lleve varios años. La duración más frecuente de una sesión está entre media y una hora, pero también puede variar según las circunstancias y la naturaleza de la terapia. En cuanto al formato de las sesiones, pueden ir desde una relación colaboradora

altamente estructurada hasta interacciones menos estructuradas, así como consistir en construcciones sistemáticas de nuevas conductas, en la promoción de manifestaciones emocionales, y en toda una variedad de maneras, incluyendo las aplicaciones fuera de la clínica en contextos de la vida cotidiana (Bernstein y Nietzel, 1986; Compas, 2002)

En algunos casos, la actividad del psicólogo clínico y de la salud ha de ser entendida como intervención, más que como Tratamiento en el sentido estricto. Se trata en este caso, de un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema (previamente identificado y analizado) de forma indirecta. La intervención puede consistir igualmente en organizar una sistemática para el estudio y conducción de los factores individuales, ambientales y relacionales, que puedan favorecer y/o perturbar la calidad del proceso de adaptación a la enfermedad (Baumann, 1994).

- **Enseñanza.**

La dedicación a la enseñanza y formación a otros en tareas clínicas, tiene varias modalidades. El psicólogo puede estar total o parcialmente dedicado a la enseñanza tanto en cursos de graduación facultativa como de postgrado, en áreas de personalidad, psicopatología, psicología anormal, evaluación clínica, psicodiagnóstico, terapia o modificación de conducta, psicoterapia, técnicas de intervención y tratamiento, intervenciones comunitarias, diseño de investigación y otras (Baumann, 1994; Compas, 2002).

La supervisión de un practicante es un tipo especial de enseñanza en la que el psicólogo clínico aporta su experiencia profesional a la formación de estudiantes. El modelo consiste, por lo general, en que el estudiante asista a las sesiones que se estimen convenientes y viables o incluso realice alguna tarea con el cliente y se reúna entre sesiones con el supervisor. En todo caso, el cliente siempre conoce la condición de estudiante en prácticas y de que el responsable es el supervisor. Esta supervisión puede ser individual o en pequeños grupos. Asimismo, son usuales también otras tareas en que se muestre al estudiante la práctica profesional, tales como la aplicación,

corrección y valoración de pruebas o la aplicación de ciertas técnicas, así como la asistencia a sesiones clínicas. Es obvio también que el estudiante está obligado a la confidencialidad en el mismo sentido que el clínico (Baumann, 1994; Compas, 2002).

La tarea de un psicólogo clínico que se dedica a la enseñanza es particularmente difícil y delicada, ya que exige equilibrio entre la dirección del alumno y el desarrollo de su independencia, ya que no sólo se trata de cumplir órdenes, sino enseñar a resolver sus problemas por medio de la investigación (Bernstein y Nietzel, 1986; Mackay, 1978).

Finalmente, algunas orientaciones clínicas como la terapia o modificación de conducta, incluyen a menudo la formación de no profesionales de la psicología en principios y técnicas de análisis y modificación de conducta (Baumann, 1994), ya que sus capacidades pueden aumentar si desarrollan un conocimiento más completo de algunos aspectos psicológicos (Bernstein y Nietzel, 1986). Esta enseñanza puede ir dirigida, bajo control y supervisión del psicólogo, a otros profesionales de modo que sean ellos los que extiendan la aplicación psicológica en sus contextos naturales, como médicos, enfermeras, técnicos sanitarios, dentistas, higienistas dentales, profesores y demás personal cuya dedicación tenga que ver con alguna forma de trato y atención social. Esta enseñanza puede también ir dirigida al propio cliente formando parte del contexto terapéutico cuando la relación clínica implica la ayuda a la gente para aprender nuevas maneras de comportarse en la vida cotidiana (Baumann, 1994).

- **Prevención.**

Compas (2002) menciona que la prevención es una prioridad, se dedica mucho menos tiempo y esfuerzo en comparación con el tratamiento de los problemas. Las razones de esta falta de atención son complejas y diversas. Los programas de prevención incluyen la enseñanza de habilidades sociales, la enseñanza de formas para afrontar el estrés relativo al trabajo y sus consecuencias, la colaboración con familiares que enfrentan posibles efectos del divorcio y la

enseñanza, de cómo enfrentar los efectos secundarios adversos del tratamiento a pacientes que padecen enfermedades físicas.

Caplan (1964, en Bernstein y Nietzel, 1986) identificó tres tipos de prevención; terciaria, secundaria y primaria. La prevención terciaria se dirige hacia la minimización de la gravedad de la enfermedad, la reducción de las consecuencias a corto o largo plazo, del desorden y la detención de los trastornos de tal forma que se pueda recobrar la eficacia personal.

La prevención secundaria se dirige hacia la reducción de la prevalencia de la enfermedad por medio de los esfuerzos coordinados o de la detección inicial e intervención rápida y efectiva. Por este motivo, son esenciales los instrumentos que permiten un diagnóstico confiable y válido en el transcurso de un problema tan pronto como sea posible para la prevención secundaria. Los programas de prevención secundaria a menudo se llevan a cabo con niños de escolaridad primaria debido a la relación que existe entre la desadaptación inicial de la escuela y los problemas en la adaptación posterior debido a la creencia acerca de que las escuelas pueden ser un vehículo para la optimización de crecimiento personal y educativo.

La prevención primaria implica la educación y eliminación final de los desórdenes mentales a través de los factores patogénicos del ambiente o el aumento de los recursos personales de los individuos hasta el grado en el que el desorden mental ya no suceda. Se puede lograr mediante la acción social en la cual se realizan cambios en las instituciones de la comunidad con el fin de reducir los problemas, o por medio de la acción interpersonal (Bernstein y Nietzel, 1986).

En resumen, la psicología clínica se ha formado como consecuencia de la Primera y la Segunda Guerra Mundial, dando paso principalmente a la investigación y aplicación de pruebas psicométricas para la evaluación de la milicia y posteriormente en el área educativa y a la intervención cubriendo los espacios que los médicos no pueden, así, los psicólogos se abren paso a la atención de pacientes de la posguerra. La investigación y la experiencia van

definiendo el desarrollo de las evaluaciones psicométricas y el psicólogo pasa a ser una persona que da terapia en un inicio individual y posteriormente en grupo.

La psicología clínica adquiere reconocimiento de la APA, la cual la define en términos de una ciencia práctica que proporciona ayuda a las personas a adaptarse a su medio, teniendo en cuenta aspectos sociales, emocionales y psicológicos. Para llegar a una definición fue necesario ganar lugar en el campo de la salud, como profesionistas que están al nivel de cualquier otro, por ende en un principio las funciones que se desempeñaban no eran claras, sin embargo, con el paso del tiempo, se han ido identificando y definiendo de modo que en la actualidad las principales funciones del psicólogo son la evaluación, la enseñanza, la prevención, la consultoría, la investigación y la intervención. Además de desempeñar ciertas funciones, el psicólogo clínico debe de contar con algunas características como la implicación, dedicación, integridad, concienciación, competencia, inteligencia, conciencia psicológica y empatía. También debe ser reflexivo, pesimista-realista, debe de escuchar sin interrumpir y no criticar, además la intuición y la creatividad son complementarios para llevar a cabo una terapia que realmente proporcione ayuda.

Independientemente del marco teórico de referencia es necesario que los conocimientos del terapeuta ayuden a la persona en la situación problema y se conduzca con ética. En este sentido en el siguiente capítulo se abordarán de manera breve algunos modelos de psicoterapia, haciendo mayor énfasis en el modelo Cognitivo-Conductual, describiendo sus bases teóricas así como las herramientas de intervención, las problemáticas y la población que atiende.

CAPÍTULO 2 PSICOTERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL.

La psicoterapia es la actividad más popular entre los psicólogos clínicos y en la que se invierte más tiempo. Existen muchas corrientes o escuelas de psicoterapia. La orientación teórica por la que se incline el psicólogo influirá en la elección que haga del método terapéutico y en el énfasis que caracteriza su estilo personal de trabajo. Dentro de esta variedad, a continuación se mencionan los modelos más relevantes de psicoterapia (Garfield, 1979).

2.1 Modelo psicodinámico.

Este enfoque utiliza las motivaciones y conflictos inconscientes en la búsqueda de las bases de la conducta, se apoya en el análisis de las experiencias pasadas (Phares y Trull, 2003). La principal corriente es la terapia psicoanalítica.

2.1.1 Terapia psicoanalítica.

En este modelo, la terapia psicoanalítica de Sigmund Freud tiene sus principales aportaciones en el campo de la personalidad. Él decide estudiar en París con Charcot haciendo sus trabajos sobre la histeria en mujeres. Él se había dado cuenta que con la hipnosis algunas pacientes vencían sus síntomas y en ocasiones recordaban las experiencias traumáticas (Phares y Trull, 2003), además se podían inducir síntomas de cuadros histéricos (Liebert y Liebert, 1999). La hipnosis probablemente ayudo a estimular a Freud en cuanto a la naturaleza del inconsciente (Phares y Trull, 2003). Tras hablar con los pacientes planteó la teoría de que sus problemas tenían como causa los deseos y fantasías reprimidas e inconscientes de naturaleza sexual, socialmente inaceptables (Kazdin, 1989).

Uno de los principales supuestos de la teoría freudiana es el determinismo psíquico, éste sostiene que todo lo que se hace tiene un significado y propósito

y se dirige a una meta. También se asumió la motivación inconsciente, es decir que la conducta sana es aquella para la cual la persona comprende la motivación, mientras que las causas importantes de la conducta trastornada residen en el inconsciente (Phares y Trull, 2003).

La personalidad se compone de tres estructuras básicas: el ello que es la parte inaccesible de la personalidad, es decir el inconsciente (Phares y Trull, 2003) el cual se utiliza para connotar el conjunto de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia (Liebert y Liebert, 1999); el yo cuyo papel consiste en ser un mediador entre las demandas del ello, el superyo y el mundo de la realidad de manera que se proporcione satisfacción al organismo; y el tercer elemento es el superyo, representa los valores y reglas de la sociedad, se puede decir que es la conciencia (Phares y Trull, 2003), es decir, la cualidad momentánea que caracteriza las percepciones externas e internas dentro del conjunto de los fenómenos psíquicos (Liebert y Liebert, 1999).

La terapia psicoanalista es un encuentro en el que el psicoanalista toma asiento fuera del campo visual del paciente, mientras que éste yace sobre el diván y expone las ideas que surgen de su mente, promueve que el diálogo transcurra sin la influencia retroalimentadora y el paciente obtiene la menor cantidad de información sobre el analista (Castanedo, Brenes, Lucke, Thomas y Rodríguez, 1993).

Para actuar desde dicho marco existen diversas técnicas de las que se hacen uso como la asociación libre (Phares y Trull, 2003) que constituye el inicio de la terapia psicoanalítica (Castanedo et al., 1993) y el análisis de sueños, los cuales revelan la naturaleza del inconsciente y contienen información importante, ya que son los deseos inconscientes que se representan de manera simbólica, en esta situación la resistencia se encuentra debilitada (Liebert y Liebert, 1999; Phares y Trull, 2003).

Así este marco de acción se enfoca más a la historia del paciente y la solución de eventos pasados para solucionar problemas actuales y los avances dependen de la persona, el terapeuta sólo es un guía.

2.2 Modelo fenomenológico y humanista-existencial.

Desde el nacimiento, el ser humano tiende a buscar y a lograr la sobrevivencia, el desarrollo y la realización personal. Esta tendencia humana natural lo impulsa hacia una búsqueda permanente de sí mismo (González, 2006).

La psicoterapia existencial humanista tiene sus bases filosóficas en el existencialismo y su auge es posterior a las guerras mundiales, en donde se hace necesario una reflexión filosófica para enfrentarse al resultado que dejaron éstas en los individuos (Zarazua, 1990).

El humanismo es una corriente psicológica que tiene una visión positiva del ser humano, es decir de vivir la vida con apertura; Zarazua (1990), señala que el existencialismo y el humanismo se relacionan básicamente en sus credos filosóficos y antropológicos, en su visión del ser humano y en los cuestionamientos que ambas corrientes se plantean. A partir de estos surge la corriente existencial humanista.

Es necesario un sistema lógico, una metodología ágil y flexible capaz de adaptarse y captar la estructura de las vivencias profundas que se dan en el ser humano y que dan razón de ser a su comportamiento externo, en éste sentido la psicología humanista representa una nueva y más amplia filosofía de la ciencia y va dirigida al problema que se debe estudiar y en el pleno respeto a su naturaleza (el ser humano como persona) (Martínez, 1999).

En la conciencia de esta realidad está claramente implícito cierto perspectivismo, es decir, que cada uno de nosotros tiene un punto de vista del Universo y que la realidad se compone de innumerables puntos de vista, y cada individuo y cada época escoge solamente aquel o aquellos que se acomodan más a su capacidad receptiva, y que es absurdo pretender la posesión gnoseológica absoluta de la realidad (Martínez, 1999).

Basado en las diferencias de los hombres y la búsqueda del significado se derivan varias formas de proceder en la terapia como la centrada en la persona o la existencial.

2.2.1 Terapia centrada en la persona

Los supuestos se centran en que la persona existe dentro de un mundo de experiencia, en el cual es el centro, por lo que la persona es la mejor fuente de información acerca de sí misma (Phares y Trull, 2003). Rogers concibe al organismo como una totalidad, como un todo, como un ser que se integra a un medio y que a la vez tiene una tendencia actualizante (Castanedo et al., 1993). En este caso la conducta es un conjunto de intentos dirigidos hacia metas de parte del organismo con el fin de satisfacer las necesidades que experimenta (Phares y Trull, 2003; Weiner, 1992).

La psicoterapia es la liberación de una capacidad ya existente en el individuo potencialmente competente, no la manipulación experta de una personalidad, por lo que el fin es liberar a la persona, es decir, se autorrealice, desarrolle todas sus capacidades y mejore el conocimiento de sí mismo y su autoestima (Garfield, 1979; Goldstein y Krasner, 1987; Guibelalde, 2001; Phares y Trull, 2003; Weiner, 1992). Para ello el terapeuta debe de contar con ciertas características que son: la comprensión empática, la aceptación positiva incondicional y la congruencia (Guibelalde, 2001; Machleidt, López-Ibor, Bauer, Lamprecht, Rose y Rhode-Dachser, 2004; Phares y Trull, 2003; Rogers, 1997) tratando de facilitar que el sujeto se exprese con sus ambivalencias e impulsos hostiles y agresivos, de modo que éste pueda reconocerse de manera integral (Compas, 2003).

Uno de los obstáculos que impide el crecimiento es el aprendizaje de un concepto de sí mismo negativo o distorsionado con base en experiencias de desaprobación o ambivalencia hacia el sujeto en etapas tempranas de su desarrollo. Parte del trabajo de la terapia centrada en el cliente trata de facilitar que el sujeto se exprese con sus ambivalencias e impulsos hostiles y agresivos, de modo que éste pueda reconocerse de manera integral (Compas,

2003). La incongruencia entre lo que el organismo experimenta y lo que es necesario para mantener la aceptación o consideración positiva hacia sí mismo genera una especie de conducta defensiva que implica negación y distorsión y por lo tanto mayor o menor grado de psicopatología (Mackay, 1978).

La terapia centrada en el cliente ha contribuido poderosamente a establecer una serie de condiciones que son necesarias en casi todas las psicoterapias, sobre todo en sus aspectos relacionales. Se discute que sus tres condiciones básicas (empatía, aceptación positiva incondicional y congruencia) sean condiciones suficientes para la psicoterapia (Goldstein y Krasner, 1987; Phares y Trull, 2003).

También es de destacar que los movimientos actuales de psicoterapia (enfoques cognitivos constructivistas e integradores) se basan en gran parte en el enfoque experiencial expuesto por Rogers. La emoción y su experimentación se consideran básicos en el proceso de cambio de la psicoterapia efectiva (Cullari, 2001).

2.2.2 Terapia existencial.

Partiendo de la base de que el individuo se encuentra solo en el mundo, la psicoterapia existencial incita a los terapeutas a considerar las preocupaciones últimas de la existencia humana individual: miedo a la muerte, miedo a la libertad y a la responsabilidad, miedo al aislamiento y necesidad de dar un sentido a la vida (Beitman y Yue, 2004).

Esta terapia trata de analizar “la condición humana”, se destaca a Kierkegaard, Buber, Heidegger, existencialistas, los cuales centran la experiencia psicológica que cada persona ha tenido con su propia existencia y se trata de analizar las “condiciones humanas” del paciente. Se trata de entender al ser mediante experiencias personales. El “ser” es la naturaleza interna, la calidad única, los valores especiales y la unidad humana (Kendall y Norton-Ford, 1988).

La psicología existencial considera que las personas participan en una búsqueda de significado, parece prometer la restauración del significado de la

vida junto con un despertar espiritual y el crecimiento individual a través de la imaginación, la simbolización y el juicio, a partir de la participación en la sociedad (Phares y Trull, 2003).

Los clínicos de orientación existencial se ocupan más de las condiciones de la existencia humana o del estar en el mundo, que de la alteración psicológica y su mejoría. En la terapia la persona se enfrenta a un desafío, el cual consiste en ejercer su derecho de elegir una existencia gratificante y así estar en condiciones de comprometerse tanto en relaciones interpersonales estrechas como en actividades creativas (Weiner, 1992). La meta de la terapia consiste en ayudar al individuo a alcanzar un punto en el que se puedan ejercer de manera responsable la conciencia y las toma de decisiones. Los individuos deben aprender a aceptar la responsabilidad de sus propias decisiones, lo que implica confianza en uno mismo, así como aceptar las cosas de la vida que son inevitables o que no van a cambiar (Phares y Trull, 2003).

No se destaca alguna técnica, en su lugar se hace énfasis en comprender y experimentar al cliente en su esencia única (Phares y Trull, 2003) por el contrario Weiner (1992) dice que debe de recurrirse a varias técnicas, como la revelación mutua de las experiencias propias. Se le permite al cliente acercarse a la experiencia y mediante la experimentación de sí mismo. En ocasiones se confronta con preguntas que fuerzan a analizar las razones del fracaso de la búsqueda del significado de la vida (Phares y Trull, 2003).

Los terapeutas existenciales insisten en que nuestras vidas son el producto de nuestras propias decisiones, incluyendo las veces que no decidimos. Por ello, las personas deben llegar a darse cuenta de que son responsables de sus vidas (Beitman y Yue, 2004).

En términos generales el existencialismo se destaca por el hecho de que el estudio del ser humano no se puede encerrar sólo en un enfoque racional, mecanicista, científico y natural. Denominando así que el mundo experiencial de un individuo sólo se puede comprender a través de la descripción directa de la situación propia y única de dicho individuo. El encuentro del terapeuta con el

paciente constituye un encuentro existencial entre dos personas, más que una variante de relación clásica médico-paciente (Fadiman y Frager, 1979).

2.2.3 Terapia gestalt.

Es un método de tratamiento relativamente reciente que ha ejercido gran influencia en el campo de la psicoterapia (Weiner, 1992). Hace énfasis en la experiencia presente y en la conciencia inmediata sobre la emoción y la acción, se busca el contacto con los propios sentimientos que reemplaza la búsqueda de los orígenes de la conducta. El concepto central es la persona como un todo organizado (Castanedo et al., 1993; Phares y Trull, 2003; Weiner, 1992), no en fragmentos cognoscitivos; la experiencia individual consiste en gestalts, que son formas de figuras, donde se fija la atención y fondos, lo que se pasa por alto (Weiner, 1992), desarrollando una conciencia no solo de sí mismos, también acerca de las formas en que se derrotan así mismos (Phares y Trull, 2003).

El terapeuta se encarga de la conciencia del cliente acerca de cómo se ha obstaculizado la expresión del potencial interno y les muestra a los clientes que la responsabilidad recae en ellos mismos (Castanedo et al., 1993; Phares y Trull, 2003). Corrige las limitaciones de la personalidad por medio de aumentar la capacidad del individuo para comunicarse consigo mismo y con los demás (Weiner, 1992)

Tomar conciencia es darse cuenta, reconocer y estar en contacto con las emociones. En la terapia Gestalt, a pesar de la importancia del pensamiento y la racionalidad, se hace énfasis en la necesidad de tomar conciencia de las emociones, se limita nuestra experiencia plena de realidad interna, lo cual puede suponer un gran impedimento para manejarnos con eficiencia en el mundo (Beitman y Yue, 2004).

A menudo se ha descrito la conciencia como un contenedor de conflictos entre dos alternativas. La terapia Gestalt resalta la tensión que existe habitualmente entre emoción y cognición, la cual puede manifestarse de diferentes formas.

Algunos pacientes saben lo que está bien pero no son capaces de creer debido a fuertes contenidos de la creencia. Expuesto de diferentes formas por los representantes de otras escuelas, el conflicto por decisión puede ser descrito también como el conflicto entre las emociones profundas y los condicionantes externos que se oponen a los deseos o a las necesidades (Beitman y Yue, 2004).

Tiene mucha importancia el ahora, ya que la realidad, la conducta y las experiencias son ahora, buscar en el pasado es algo que no existe. El crecimiento del individuo se da a través de atacar cualquier cosa que amenace con alejar la conciencia del ahora (Phares y Trull, 2003). El tratamiento es activo, se ocupa de la experiencia por medio de ejercicios específicos de experiencias graduadas y de autoexpresión (Weiner, 1992).

La terapia Gestalt se encarga del ahora a partir del trabajo de los sentimientos para situarse en la realidad y de esta forma vivir responsable y conscientemente de las acciones que una persona lleva a cabo asumiendo las consecuencias que implica, es una terapia que utiliza ejercicios vivenciales que involucran a la persona en la terapia.

2.3 Modelo conductual.

La terapia del comportamiento es el intento de utilizar sistemáticamente aquel cuerpo de conocimiento empírico y teórico que ha resultado de la aplicación del método experimental en psicología íntimamente relacionadas (fisiología y neurología) con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de patrones anormales del comportamiento y de aplicar dicho conocimiento al tratamiento o prevención de esas anormalidades por medio de estudios experimentales controlados del caso individual tanto descriptivos como correctivos (Manrique, 1982; Kendall y Norton-Ford, 1988). Esta definición es el fruto de las muchas investigaciones que se han hecho en el campo de la psicología hasta llegar a colocar como ciencia seria, autónoma y no simplemente afín a otras ciencias (Manrique, 1982).

La terapia de conducta (TC), o también conocida como modificación de la conducta, nace como consecuencia de la insatisfacción que generó en determinados ambientes investigadores tanto la teoría como la práctica psicoanalítica e igualmente como consecuencia del desarrollo de la psicología del aprendizaje, la cual dio a luz una serie de teorías de la conducta que se constituyeron como alternativas al modelo psicoanalítico (Kazdin, 1989).

El punto de partida de la terapia de la conducta es la consideración de que la mayor parte de la conducta, incluyendo la conducta inadaptada es aprendida y, por tanto, los principios derivados de la teoría del aprendizaje son aplicables a los tratamientos (Kazdin, 1989; Krasner, 1971, en Kendall y Norton-Ford, 1988).

A pesar de este punto de partida común, la terapia de la conducta no se presenta como un todo integrado, debido principalmente, a la ausencia de la teoría unificada, se pueden señalar tres paradigmas del aprendizaje entorno a los cuales se han desarrollado la mayoría de las intervenciones de este modo. Los terapeutas de conducta, por lo general psicólogos, no se preocupan directamente de las fuerzas psíquicas subyacentes, sino que se centran en la conducta externa, observable, que causa malestar a sus clientes. Parten de que todas las conductas, tanto las adaptadas como inadaptadas, se aprenden según principios concretos ampliamente estudiados en Rusia por Iván Pávlov y en Estados Unidos por B. F. Skinner, entre otros. Los terapeutas de conducta creen que se pueden aplicar los mismos principios del aprendizaje para corregir las conductas anormales (Kazdin, 1989; Martorell, 1996).

A diferencia de la mayoría de las demás formas de psicoterapia, la terapia de conducta se deriva de la aplicación de los métodos propios de la psicología experimental a los problemas de la persona que acude a la consulta. Con independencia de la técnica específica que después utilicen, comienzan el tratamiento estudiando el problema del paciente y las circunstancias que lo rodean. No valoran ni buscan significados ocultos, sino que se centran en los fenómenos observables que pueden ser medidos. Sobre la base de este análisis de conducta, formulan hipótesis sobre las circunstancias que, a su parecer, mantienen la conducta no deseada; a continuación, tratan de alterar

estas circunstancias una por una, observando si así cambia la conducta del sujeto (Kazdin,1989).

Martorell (1996) y Kendall y Norton-Ford (1988), enlistan los puntos comunes que la terapia de la conducta utiliza:

1. El interés se centra fundamentalmente en la conducta por la que la persona ha acudido a la terapia. A la conducta no se le supone una simple señal de un proceso psicodinámico intrapsíquico.
2. La consideración de que hay una continuidad entre la conducta normal y la anormal: ambas se mantienen y modifican por los mismos principios. La conducta desadaptativa puede desprenderse y sustituirse por otra conducta que sea adaptativa.
3. Se pretende aplicar a la práctica clínica los datos de la psicología experimental, y desarrollar técnicas terapéuticas a partir de teorías concretas.
4. La terapia de conducta hace un especial hincapié en mantenerse dentro de la tradición experimental en la evaluación de la conducta y en la evaluación del tratamiento.

Martorell (1996) refiere que la psicoterapia es una importante fuente de control en la vida de un buen número de personas; la conducta que es inconveniente o peligrosa para uno mismo o para los demás es frecuentemente tratada por este método. El terapeuta es un agente de control con poder. Inicialmente, su poder proviene del hecho de que la situación del paciente es aversiva y, por ello, la posibilidad de mejora es positivamente reforzante. El poder inicial del terapeuta no es muy grande y el esfuerzo perseguido requiere tiempo: en la medida en la que el tratamiento progresa, su poder aumentará y, si la mejora va teniendo lugar, la conducta del paciente de regresar al tratamiento quedará reforzada.

El psicólogo clínico experimental, cuando entra a trabajar con un sujeto, debe saber que éste no posee una estructura psíquica preestablecida, sino que debe iniciar su trabajo, partiendo del comportamiento del sujeto, de la conducta abierta del mismo. Si quiere demostrar científicamente que es un tratamiento terapéutico tiene razón de ser, no se puede basar en el comportamiento

pasado del sujeto, como lo más importante por considerar, debe explotar profundamente el comportamiento del mismo hasta que logre identificar el problema. La observación juega un papel importante, solamente así podrá traducir en términos específicos que es lo que ocurre en su conducta (Manrique, 1982).

Las emociones no se escapan de la TC (Manrique, 1982). Casi todos los pacientes que pasan por el consultorio comienzan a manifestar cuáles son sus emociones en la vida diaria. Se conoce en las primeras sesiones las respuestas afectivas del paciente, las perversiones sexuales, impotencia, frigidez sexual, necesidad de drogas y alcohol, comportamientos de autodestrucción, de autoafirmación, ansiedad y miedo. Todas estas manifestaciones conductuales deben ser analizadas por el terapeuta de forma objetiva. A través de ellas encontrará cuáles son las conductas excesivas, aquellas que necesitan ser modificadas y encontrará también las conductas deseables y adaptativas. Con todo esto, paciente y terapeuta podrán definir los objetivos concretos del programa terapéutico por seguir.

El terapeuta debe comprender que en su trabajo profesional es un reforzador social que influye continuamente en el comportamiento del sujeto. Todas las manifestaciones verbales y no verbales, las experiencias, todo lo que exprese de las situaciones conflictivas internas no son más que respuestas controladas por la misma historia del paciente, en las raíces intrapsíquicas e infértiles de su conducta. No se trata de fundamentar estas respuestas en el pasado del paciente, en las raíces intrapsíquicas e infantiles de su conducta. Interesa saber qué sucede ahora. Todo psicólogo clínico en el proceso de la terapia lidia con procesos biológicos que estimulan al organismo y, que a la vez desorganizan el comportamiento psicológico del sujeto. De ahí se debe tener en cuenta que hoy día no se puede concebir una psicología del comportamiento humano que no tenga presente el ambiente interno del sujeto, es decir, el lenguaje y el pensamiento, la imaginación, el sueño, fantasías. Es un absurdo limitar la triple contingencia, por lo que se rige todo comportamiento, sólo el ambiente externo. Los procesos mentales superiores no pueden dejarse a un lado en la TC. Hull y los neoconductistas reconocen

dos tipos de respuestas: la respuesta “instrumental” y la respuesta “mediativa-simbólica”. En el primer tipo, la respuesta está ligada directamente al estímulo de la fuerza del hábito. En cambio, el segundo tipo, el estímulo exterior, la cual produce un ulterior estímulo o indica anterior y, este estímulo interior lleva a la respuesta última (Manrique, 1982).

De las numerosas técnicas empleadas por los terapeutas de conducta, una de las principales es la desensibilización sistemática, procedimiento desarrollado por el polémico psiquiatra Joseph Wolpe, quien llegó a emplear estas técnicas para eliminar lo que él consideraba ‘conducta desviada’, incluyendo la homosexualidad o la infidelidad conyugal. No obstante, en un principio se aplicaron para eliminar fobias y en general aquellos trastornos en los que un estímulo determinado origina una reacción de ansiedad desproporcionada. Básicamente, la técnica consiste en ayudar al paciente a relajarse, para así presentarle de forma gradual los objetos o las situaciones que le producen ansiedad (Kazdin, 1989; Pérez, 1996).

Recientemente, los terapeutas de conducta han empezado a prestar más atención a la influencia del pensamiento en la conducta, empleados por el ejemplo del psicólogo canadiense Albert Bandura. Las terapias de conducta cognitivas emplean este enfoque para cambiar ideas y hábitos intelectuales que al parecer son la causa del malestar del paciente (Kazdin, 1989).

2.4 Modelo cognitivo-conductual.

La Psicoterapia Cognitivo-Conductual procede del desarrollo de las teorías del aprendizaje durante la Revolución Cognitiva en la Psicología científica de mediados del siglo pasado y de la adecuación de los procedimientos de la terapia de conducta basada en la teoría del aprendizaje (Kendall y Hollon, 1979, en González y Rodríguez, 1998; Meichenbaum, 1988). Los terapeutas cognitivo-conductuales postulan el abordaje de la psicopatología a través de la Terapia de Conducta complementada con técnicas de intervención cognitiva, siendo su principal objetivo las cogniciones relacionadas con el

comportamiento desajustado, tanto si son causales como consecuentes (Kendall y Hollon, 1979, en González y Rodríguez, 1998).

Algunas de las características prácticas más destacadas de este modelo psicoterapéutico son su brevedad; su centrado en el presente, en el problema y en su solución; su carácter preventivo de futuros trastornos; su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta y la importancia de las tareas de autoayuda a realizarse entre sesiones (Ellis, 1999).

La Terapia Cognitivo-Conductual se puede considerar un proceso secuencial de aprendizaje de ciertas habilidades, en el que el terapeuta ayuda al paciente a identificar y modificar aquellas cogniciones y conductas más implicadas en las dificultades actuales. Habitualmente este proceso sigue tres pasos: evaluación, educación sobre el trastorno y aplicación de técnicas específicas (Farré, 2004).

Persigue la comprensión de los procesos cognitivos mediacionales que ocurren en el individuo dentro del curso del cambio conductual. Las actitudes, creencias, expectativas, atribuciones, constructos y esquemas cognitivos son tratados como formas de conducta sujetas a las leyes del aprendizaje. En algunos casos, estas cogniciones son consideradas como respuestas a reforzar, mientras que en otros se consideran determinantes causales de reacciones autonómicas y comportamentales. Los principios esenciales del modelo cognitivo-conductual pueden resumirse en los siguientes puntos (González y Rodríguez, 1998):

- a. Las cogniciones son productos de carácter básicamente verbal y la sistematización del cambio cognitivo-conductual requiere la reformulación o reestructuración semántica de los constructos cognitivos.
- b. Las experiencias de interés para este modelo, tanto comportamientos manifiestos como cogniciones mediacionales, se encuentran en el plano de la realidad consciente, esto es, se conciben en función de sólo un estado de conciencia.

c. La conducta, incluidas las cogniciones, se rige por un sistema de reglas que pueden ser explicitadas mediante el análisis de los antecedentes y consecuencias de un determinado comportamiento. Para ello, se requiere la focalización activa de la atención en las verbalizaciones de estados internos.

En Terapia Cognitiva-Conductual (TCC) los principios de actuación terapéutica se derivan de los hallazgos experimentales de la Psicología del Aprendizaje, sobre todo en lo que hace referencia al condicionamientos clásico y operante, en combinación con técnicas desarrolladas a partir de la psicología cognitiva (González y Rodríguez, 1998).

2.4.1 Condicionamiento clásico.

El condicionamiento clásico tiene lugar cuando un organismo responde a un nuevo acontecimiento sobre la base de una historia de asociación con un estímulo importante (Caballo, Aparicio y Catena, 1995). Este modelo permite el manejo de una respuesta indeseada controlando el estímulo que la produce. Estímulos novedosos, generalmente nocivos, se aparean con los estímulos que provocan o presentan la ocasión para la respuesta sintomática. Esto se le atribuye a las investigaciones de Pavlov realizadas con perros (Kanfer, 1980).

Como fisiólogo, trabajó en la formación de patrones de asociación, estudiando los procesos de salivación en los perros cuando son alimentados. Se trata de una situación directa de estímulo- respuesta. Se mantenía hambrientos a los perros durante periodos específicos de tiempo y luego se les alimentaba dejándoles caer un poco de alimento en el hocico. La cantidad de salivación que producían, como respuesta, se podía medir y relacionar con el grado de hambre (Caballo, et al., 1995; Kristal, 1980).

Pavlov demostró que, para llevar a cabo el condicionamiento, resulta decisivo el periodo de tiempo entre el estímulo condicionador (el sonido del diapasón) y la entrega de alimento. Si hay un espacio muy largo de tiempo entre ambos, el condicionamiento no tiene lugar. También estudió la generalización de los estímulos (Kristal, 1980).

Pavlov fue el primero en identificar el proceso de aprendizaje denominado condicionamiento clásico, en el cual no se incluye el aprendizaje de una nueva respuesta, por ejemplo un niño que chupa su dedo, este no chupa mejor su dedo, simplemente chupa en respuesta a un estímulo distinto. Es decir dar respuestas previas a un estímulo nuevo (Cueli, 1994).

Los estímulos que antiguamente no producían la respuesta por sí solos (estímulos neutrales), después de varios apareamientos y ensayos, provocan la respuesta. A partir de ello Pavlov propuso dos tipos de reflejos, un reflejo fisiológico específico de la especie, que es invariable y forma parte del sistema nervioso central (estímulo incondicionado) y un “reflejo psíquico” o reflejo condicional que se forma con la experiencia del organismo en el medio que lo rodea (Caballo et al., 1995).

La característica esencial del condicionamiento clásico es la transferencia del control de la conducta desde un estímulo incondicionado a otro estímulo condicionado, se involucran cuatro elementos básicos. El estímulo incondicionado (EI) que es un acontecimiento potente, importante biológicamente, que no tiene una condición previa. La respuesta incondicionada (RI) es una reacción regular y medible dada en respuesta al EI. El estímulo condicionado (EC) es un estímulo generalmente neutral que adquiere la capacidad de provocar un reflejo después de ser emparejado repetidamente con el EI. Finalmente la respuesta condicionada (RC) es la conducta aprendida, el reflejo que se da en respuesta al EC solo (Caballo et al., 1995).

Por ejemplo, el olor de cierta marca de colonia puede hacer sentir una gran tristeza, hasta que se encuentra la relación de la colonia que se utilizó en ese momento al ver la película de *Titanic*. En este ejemplo se forma una asociación entre un estímulo que en su origen es neutro (la colonia) y un estímulo que evoca una respuesta de forma natural (ver al héroe romántico morir), que produce una reacción emocional (llorar). Esta conexión se forma a través de apareamientos repetidos de dos tipos de estímulos. El estímulo neutral se

denomina estímulo condicionado, ya que sólo después del condicionamiento provoca una respuesta. El estímulo que evoca la respuesta de forma natural se conoce como estímulo incondicionado, debido a que produce la respuesta antes de que se lleve a cabo cualquier condicionamiento. La reacción emocional, una vez que se ha asociado con el estímulo condicionado (colonia), se denomina respuesta condicionada. Antes del condicionamiento, este reflejo es conocido como respuesta incondicionada; en otras palabras, no es necesario que haya un aprendizaje para que se provoque la respuesta de llorar cuando se observa la muerte del amante de la heroína (Halgin y Krauss, 2004).

Para explicar los trastornos psicológicos, el paradigma del condicionamiento clásico considera la adquisición o el aprendizaje, a través del condicionamiento, de reacciones emocionales que interfieren con la habilidad de una persona para realizar las tareas diarias. Por ejemplo Ricardo, un niño de seis años de edad, se quedó encerrado por accidente en un armario oscuro. La próxima vez que necesite algo de ese armario, quizá se sienta nervioso, casi con pánico. Su problema se exacerbará a través de la generalización, es decir, la expansión del aprendizaje desde la situación original a otra que es similar. Este tipo de reacción, denominada generalización de estímulos, sucede cuando una persona responde de la misma manera ante estímulos que tienen algunas propiedades en común. En contraste, la discriminación es el proceso en que el aprendizaje se hace altamente específico a una situación dada. Tal vez Ricardo se de cuenta de que no va a lastimarse si sube a un elevador, ya que no es lo mismo que un armario oscuro y cerrado. La diferencia entre dos estímulos que poseen similitudes, pero esencialmente son diferentes, se denominan discriminación de estímulos (Halgin y Krauss, 2004).

Uno de los ejemplos más conocidos en el condicionamiento clásico, es el de Watson y Rayner (1920, en Kazdin, 1996), en una investigación realizada con un niño de once meses de edad, al cual le presentaron una rata, ésta no generaba ninguna reacción, posteriormente se asoció con un fuerte sonido al momento de presentarla generando así, un sobresalto en el niño. Finalmente al presentar la rata sin el estímulo neutro, ésta creaba un sobresalto, además de haber una generalización a perros, algodones, conejos, los cuales eran

blancos. Su experimento representó una forma de condicionamiento aversivo, en el que un estímulo aversivo o doloroso (ruido) fue apareado con un estímulo que al principio fue apareado era neutro (rata). El miedo condicionado de Albert, el niño de 11 meses, a las ratas se generalizó a otros objetos blancos y peludos. Afortunadamente este tipo de experimentos están prohibidos por los lineamientos éticos de la investigación en sujetos humanos (Halgin y Krauss, 2004; Kazdin, 1996).

2.4.2 Condicionamiento operante.

El condicionamiento operante es un proceso de aprendizaje en el que un individuo adquiere un conjunto de conductas a través del reforzamiento. En contraste con el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante involucra el aprendizaje de conductas que no son automáticas. El sujeto que aprende trata de volverse hábil en la realización de conductas que lo conducirán a un resultado positivo, como la atención, el elogio o la satisfacción de una necesidad biológica. El resultado “positivo” también consiste en el retiro de una circunstancia desagradable o aversiva. Si el aparato de música de un vecino suena a todo volumen, se podría “operar” en el ambiente haciendo una llamada telefónica pidiéndole que baje el volumen. Su conducta resulta el retiro de un estímulo aversivo (Halgin y Krauss, 2004).

La teoría del condicionamiento de B.F. Skinner (1938, en Serrano, 2001; Kendall y Norton-Ford, 1988), tiene sus orígenes inmediatos en las investigaciones sobre reflejos condicionales en fisiología y el conexionismo norteamericano de finales del siglo antepasado. Al igual que los iniciadores de la teoría cognitiva, Skinner (1938, en Serrano, 2001), siguiendo a Watson (1916, en Serrano, 2001), recurrió a lo que Kuhn llama un ejemplar ya existente, es decir, a creencias teóricas y metodologías provenientes de otras áreas de conocimiento, en este caso científico y no tecnológico, debido a su carencia al momento de inicio de la escuela conductista.

Los primeros estudios se deben a Thorndike, quien estaba interesado en el efecto que las consecuencias ambientales tienen sobre la conducta. Metió y

observó en una jaula unos gatos, los cuales intentaban salir por comida y por medio de ensayos y error lo conseguían, se observó que necesitaban de un tiempo para manipular la puerta, después de ser colocados en la jaula los intentos para salir disminuían con cada ensayo. Thorndike formuló un principio importante que es la ley del efecto, que afirma que la conexión estímulo-respuesta que es seguida por consecuencias que satisfacen al organismo se fortalecerá automáticamente y esta conexión, si es seguida por consecuencias negativas se debilitará. La conducta sirve como un instrumento para obtener una consecuencia, aumentando o disminuyendo su frecuencia. El aprendizaje se centra en las consecuencias ambientales y fue denominado aprendizaje instrumental, pero tiempo después se definió en términos de la manera en que opera y Skinner la denominó conducta operante (Caballo et al., 1995; Kantowitz, 2001).

Skinner hizo una reformulación de la ley del efecto y le llamó el principio de reforzamiento. Los refuerzos son acontecimientos ambientales que siguen a una respuesta y aumentan su probabilidad de ocurrencia. Se plantea que la conducta es influida por los estímulos antecedentes que la preceden y/o por los efectos ambientales que la siguen (Caballo et al., 1995).

Al hablar de la conducta humana nos referimos a menudo a las tendencias o predisposiciones a comportarse de forma determinada (Skinner, 1986). Una característica básica del condicionamiento operante es que las consecuencias de una conducta determinan su frecuencia futura y la capacidad de los estímulos antecedentes para señalar la ocasión en que la conducta conduce a la consecuencia (Caballo et al., 1995).

Las experiencias diarias que implican la noción de probabilidad, tendencia o predisposiciones describen la frecuencia con que sucede parte de la conducta (Skinner, 1986). Caballo et al., (1995) mencionan que se necesitan refuerzos ya sea que tengan una historia para que funcionen o necesiten una historia previa de asociación para poder actuar como refuerzos, estos pueden ser comestibles, tangibles, intercambiables y sociales. Los refuerzos aumentarán o disminuirán la conducta meta.

Los principios del condicionamiento operante describen la relación y los acontecimientos ambientales que influyen sobre ello. La mayor parte de los escritos describen los efectos que tienen las consecuencias. Los principios básicos del condicionamiento operante son los referente al reforzamiento, castigo, extinción y control del estímulo (Skinner, 1986).

Kendall y Norton-Ford (1988), Kazdin (1986) y Kantowitz (2001) mencionan que el reforzamiento positivo ayuda a los clientes a establecer minutas de acontecimientos agradables que sirven como reforzadores, con ello se aumenta la frecuencia de ciertas acciones. El reforzamiento negativo es la aportación de reforzadores positivos para no “entregarse” a una conducta negativa.

Así pues, de la teoría del condicionamiento operante se puede decir que (Serrano, 2001):

- 1.- Las características de lo psicológico se deben a algo en el ambiente y, por tanto, fuera del organismo.
- 2.- Basa su postura en torno de lo psicológico en el paradigma del reflejo.
- 3.- Su estudio se centra en la correlación observable de dos eventos.
- 4.-No obstante el tipo de correlación, el evento responsable del condicionamiento de una clase de respuesta es un estímulo reforzante.

2.4.3 Teoría cognitiva.

Algunos de los temas abordados por la psicología cognitiva contemporáneas ocupan parte de la psicología científica y ello puede constarse con la lectura de los trabajos escritos por Wiliam James. Los desarrollos de la moderna psicología cognitiva han realizado valiosas aportaciones en distintos campos, muchos de los cuales son el punto de apoyo sobre el que se basa la elaboración de un modelo integrativo de psicoterapia (Fernández, 1992).

La psicología cognitiva ha reaccionado contra el paradigma conductista E-R, estableciendo la necesidad de centrar el estudio en las variables mediadoras,

es decir, otorgar primordial importancia a los fenómenos ocurridos en la mente del individuo, concebido este como un operador activo que regula la transición entre el estímulo y la respuesta; afirmando que esto no es más que el retorno de lo perdido, en este caso la vieja tendencia metafísica de los primeros momentos de la psicología asociacionista, interesada en continuar el descifrado de un depósito divino en el interior del hombre. El interés por los cognoscitivistas ha mostrado oposición enérgicamente a los presupuestos positivistas y su continuación natural, el positivismo, es una excusa más para lo que puede llamarse reduccionismo racionalista. Pues si bien los cognitivos han vuelto al tema del *cogito*, esto implica reaccionar contra la certeza empirista. Al reaccionar contra el dominio teórico del conductismo, la naciente psicología cognitiva estableció la necesidad de centrar nuevamente el estudio del sujeto en el campo de la psicología (Fernández, 1992).

En el año 1956 el Dr. Albert Ellis inicia una nueva corriente en psicoterapias que hoy se conoce con el nombre de Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). Algunos años después, en 1962, el Dr. Aaron T. Beck inicia una nueva propuesta en psicoterapias que denomina Terapia Cognitiva (TC) y que muy pronto adquiriría gran prestigio por su eficacia para enfrentar la depresión y la ansiedad. Ambas corrientes, junto con nuevos desarrollos como la Terapia de los Esquemas y otras nuevas orientaciones integradoras, conductuales y sociales, están comprendidas en lo que hoy podríamos denominar la "corriente cognitiva conductual" en psicoterapias (Ellis, 1980; Reinecker, 1994).

Actualmente, tanto la Terapia Cognitiva como la T R E C en sus mismas escuelas fundadoras, han superado algunas concepciones originales, incorporado una visión constructivista, adoptando nuevos recursos que se pueden considerar "pos-racionalistas" (Goldfried, 1996).

El paradigma de la psicología cognitiva (y las terapias cognitivas) consiste en el principio de la mediación cognitiva. Sintéticamente: la reacción (o respuesta emotiva o conductual) ante una situación (o estímulo) está mediada por el proceso de significación (o evaluación) en relación a los objetivos (metas, deseos) de cada persona (Vargas e Ibañez, 2002).

Las estructuras cognitivas, generalmente denominadas *esquemas*, que dan lugar a las evaluaciones y a las respuestas, son el resultado de predisposiciones genéticas y del aprendizaje generado a través de las experiencias vividas, propias de cada persona (Neisser, 1990).

Toda terapia, por lo tanto implicará una modificación de estas estructuras con la consiguiente modificación de las evaluaciones que logrará una modificación de las respuestas (emotivas y/o conductuales). De esta manera, sin desconocer el enfoque médico biológico de los trastornos, sino sumándose al mismo, este modelo psicoterapéutico aporta al proceso de cambio el concepto de reaprendizaje, para lo cual puede recurrir a las teorías del aprendizaje. Entre las teorías del aprendizaje podemos citar el modelo social cognitivo de Albert Bandura. Las técnicas y recursos psicoterapéuticos, basados tanto en la teoría como en la experiencia clínica, abarcan un amplio espectro (Salinas, 2005).

Contrariamente a lo supuesto por algunos que no lo han estudiado, este enfoque apunta al acceso a estructuras muy profundas y a su modificación, con resultados comprobados y perdurables.

2.4.4 Teoría del aprendizaje social

Algunos teóricos de la perspectiva cognitiva también se enfocan en la cognición social, es decir, en los factores que influyen en la forma en que la gente se percibe a sí misma y a los demás y en la manera en que forman juicios acerca de las causas de la conducta. Según esta perspectiva, no sólo los reforzamientos directos influyen en la conducta, si no también los reforzamientos indirectos, lo que se adquiere al observar a otros realizar conductas particulares y al observar que son recompensados o castigados (Halgin y Krauss, 2004).

La teoría del aprendizaje social fue considerada revolucionaria cuando se propuso por primera vez, ya que se expandió, con la orientación de tipo cognoscitivo, la cual se enfoca en el papel de los pensamientos y las ideas como influencia sobre la conducta. Esto constituyó un paso hacia una forma de teoría conductual con una orientación de tipo cognoscitivo. Poco a poco, la

teoría del aprendizaje social ha conocido como una teoría cognoscitiva social, ya que cada vez se enfoca más en los procesos de pensamiento y en la forma en que estos influyen en la conducta abierta. Una contribución importante de las teorías del aprendizaje social y de la cognición social, fue la demostración de que las conductas inadaptadas se aprenden a través de la observación de otras personas involucradas en estas conductas y observarlas recibir recompensa (Halgin y Krauss, 2004).

Bandura es el principal representante de la teoría del aprendizaje social, su teoría postula que los factores cognitivos, conductuales y ambientales, especialmente los relacionados con la interacción humana, se relacionan entre sí para determinar la actuación humana, haciendo énfasis en la influencia de la gente sobre la gente y la importancia de la cognición (Caballo et al., 1995; Kazdin, 1996). Siendo fundamental la noción de que para que la gente sea influida por las consecuencias de su conducta, tiene que darse cuenta entre el lazo de la conducta y la consecuencia (Caballo et al., 1995; Pérez, 1996).

Otro punto básico de esta teoría está implícito en el término social. La gente aprende vicariamente por medio de la observación de la conducta de los demás, como a través de la experiencia directa. El término cognición y social están asociados, ya que la cognición es el medio por el cual la gente aprende de la gente. El observar la conducta de una persona y percatarse de que recibe una recompensa es suficiente para que el aprendizaje ocurra (Caballo et al., 1995; Halgin y Krauss, 2004).

Bandura es también conocido por su trabajo sobre la autoeficacia, que es la percepción individual de la competencias en diversas situaciones de la vida. Según Bandura, tratarán de tener más éxito en tareas difíciles si tienen la confianza de que pueden completarlas. El concepto de autoeficacia puede aplicarse a una variedad de fenómenos psicológicos, incluyendo la motivación, la autoestima, las adicciones y las relaciones interpersonales (Halgin y Krauss, 2004; Pérez, 1996).

Los partidarios de la teoría del aprendizaje social que centraron su atención en el desarrollo del niño, tales como Robert Sars, Sidney Bijou y su colega Donald Baer, Albert Bandura y sus asociados, al igual que los seguidores del psicoanálisis y de la teoría cognitiva (Cueli, 1994), han hecho conjeturas de cómo los niños se parecen los unos con los otros y han analizado como el comportamiento de todos los seres humanos así como el de los animales, está gobernado por leyes del aprendizaje.

Sin el aprendizaje, la vida sería una inflexible serie de pasos hacia lo desconocido. Nos hallaríamos confundidos y seríamos incapaces de establecer la relación social, de desarrollarnos o incluso de preparar nuestros alimentos. Conjuntamente con la memoria, el aprendizaje nos permite ubicarnos en el tiempo, establecer del caos un orden. Para la psicología conductual el aprendizaje es la modificación del comportamiento como resultado de la experiencia (Kristal, 1980).

2.5 Técnicas de la terapia cognitivo-conductual.

Las técnicas de intervención psicológica son instrumentos o reglas de actuación, se utilizan con el objetivo de que la terapia sea efectiva, produciendo un cambio conductual en el paciente (Rodríguez, 2008).

2.5.1 Técnicas derivadas del condicionamiento clásico.

Contracondicionamiento.

Un método de particular utilidad para tratar los miedos irracionales se basa en el *contracondicionamiento*, proceso de remplazar una respuesta indeseable ante un estímulo, por una respuesta aceptable. El contracondicionamiento es eficaz cuando la nueva respuesta es incompatible con la existente. El supuesto que subyace al contracondicionamiento es que, si la respuesta fue aprendida, entonces puede ser desaprendida, y la respuesta aceptable puede adquirirse a través del mismo proceso (Halgil y Krauss, 2004; Mahoney, 1988).

El contracondicionamiento puede utilizarse para ayudar a los clientes a superar el miedo ya que el terapeuta entrena al cliente en técnicas de relajación y proporciona recompensas por mostrar una respuesta relajada. Con el tiempo el apareamiento de recompensas con la relajación en presencia de los estímulos antes temidos, debe establecer la nueva respuesta y reducir o limitar la anterior. Una variable del contracondicionamiento es la desensibilización sistemática (Halgil y Krauss, 2004).

Desensibilización sistemática.

La *desensibilización* sistemática es uno de los métodos para contrarrestar gradualmente las respuestas inadecuadas. Se induce un estado fisiológico inhibitorio de la respuesta de ansiedad por medio de la relajación muscular, y luego se expone a un débil estímulo excitador de la respuesta de ansiedad por unos segundos. Si la exposición se repite varias veces, el estímulo pierde progresivamente su capacidad de provocar respuestas de ansiedad. Luego se van presentando estímulos sucesivamente más fuertes que son tratados de forma semejante (Kazdin, 1983; Mahoney, 1988; Morris, 1992; Wolpe, 1979).

Es común llamar estímulos generalizados a los estímulos provocadores de la respuesta de ansiedad más débiles, sin embargo no se aplica a todos los casos. Un estímulo generalizado tiene algo de características del estímulo condicionado y la magnitud de las características compartidas es la base de un gradiente de generalización (Morris, 1992; Wolpe, 1979).

La desensibilización sistemática puede llevarse a cabo al mismo tiempo que otras técnicas. En general la técnica implica cuatro conjuntos de operaciones diferentes (Mahoney, 1988; Wolpe, 1979):

- Adiestramiento en relajación profunda.
- Establecimiento de una escala que mida la respuesta de ansiedad subjetiva en términos cuantitativos.
- Construcción de jerarquías de los estímulos provocadores de la respuesta-

- Contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de la respuesta de ansiedad que constituyen las jerarquías.

Entrenamiento asertivo.

La finalidad del entrenamiento asertivo es el tratamiento de la ansiedad ante situaciones interpersonales. La suposición en la que está basada esta técnica es la de que algunas personas tienen exagerado el autocontrol y la restricción hasta un grado que resulta inadaptativo. Esto es así por que habitualmente la ansiedad ha quedado asociada a la expresión de las respuestas asertivas apropiadas. Al igual que ocurre en la desensibilización sistemática, se considera que la asertividad y la ansiedad son respuestas incompatibles. En este caso, el tratamiento comienza por hacer ver al paciente la necesidad y las ventajas del comportamiento asertivo, es decir, hacerle ver que, por ejemplo, la expresión de los propios sentimientos puede inhibir la timidez y la ansiedad que padece. Wolpe (1969, en Martorell, 1996) recomendaba el uso de una fuerte sugestión con el fin de aumentar la motivación del paciente para que deje su modelo de conducta anterior e incorpore los patrones de comportamiento propuestos por el terapeuta.

Junto con lo anterior, esta técnica está caracterizada también por la elaboración, al estilo de las jerarquías de ansiedad de una escala de situaciones en las que la persona necesita incrementar su asertividad y por los ensayos conductuales sobre dichas situaciones (el *rol playing* es una parte del entrenamiento asertivo). Obviamente, esta técnica, en su parte final, implica la aplicación y generalización de las conductas en la terapia al contexto social del paciente (Flowers y Boorem, 1992; Martorell, 1996).

Técnica de relajación: Schultz, Jacobson.

Schultz, en su experiencia en el campo de la hipnosis propuso que los estados de relajación profunda se podían conseguir induciendo en las personas la sensación de calor y pesadez observadas en el estado de hipnosis. Así la distensión muscular y la dilatación vascular, responsable respectivamente de

las sensaciones de pesadez y calor, son la vía de relajación. El primer paso del método de Schultz es enseñar al sujeto la autoinducción de las sensaciones de posición y calor por medio del ejercicio en el que las personas se van concentrando con la imaginación en diferentes partes del propio cuerpo hasta su generalización cuando se domina el proceso. Este periodo de entrenamiento dura tres o cuatro meses de práctica diaria. El resultado es que los sujetos puedan alcanzar voluntariamente estos estados sin necesitar la intervención del terapeuta. Schultz propuso un segundo ciclo de entrenamiento focalizado en técnicas de interiorización y de búsqueda, en sus palabras, de dimensiones profundas del ser humano (Martorell, 1996).

La relajación progresiva es el otro gran método de relajación y fue desarrollado por Edmund Jacobson, su método pretende la reducción voluntaria de la actividad muscular. Para ello se procede de siguiente modo: el paciente se coloca tumbado en un ambiente lo menos perturbador posible (penumbra, ausencia de ruido) y contrae el brazo para que note con claridad la sensación de contracción muscular, una vez alcanzada la tensión, lo relaja. La percepción de las sensaciones de contracción y relajación es fundamental en el método de relajación progresiva. Este proceso de alteraciones entre la contracción y la relajación se va extendiendo progresivamente y estructuradamente a todo el cuerpo. El entrenamiento en este modelo de relajación alterna relaciones dirigidas por el terapeuta con ejercicios que el paciente debe realizar por su cuenta (Martorell, 1996; Phares y Trull, 2003).

2.5.2 Técnicas derivadas del condicionamiento operante.

Inundación.

La inundación es una técnica que se aplica cuando es necesario eliminar o modificar una respuesta de evitación, como las que se dan en los miedos a situaciones sociales. Básicamente consiste en someter al paciente en estímulos ansiógenos de gran intensidad, durante un largo período de tiempo (desde 40 min. o periodos de dos horas) con el fin de provocar un máximo de tensión. La idea de esta técnica es que la exposición continua de una persona

a estímulos ansiógenos en su máxima intensidad para que esos estímulos pierdan su capacidad de elucidar miedo o ansiedad en su persona (Kazdin, 1989; Martorell, 1996)

Tiempo fuera.

Consiste en la retirada de todos los refuerzos positivos durante un cierto período de tiempo (Caballo et al., 1995; Karoly, 1992). Generalmente son castigos por su naturaleza aversiva. Los procedimientos reales de tiempo fuera involucran retirar contingentemente todas las consecuencias importantes de reforzamiento, en general a confinar al individuo en un lugar sin gente ni objetos de interés. Ocasionalmente se puede retirar al individuo de las fuentes primarias de reforzamiento, más que retirarlo a él de ellas (Rimm y Masters, 1984).

Es útil en el tratamiento de conductas desadaptativas de alta frecuencia o conductas de autolesión. Se puede utilizar en un aula o en una institución. Si la conducta se manifiesta en diversas situaciones, las contingencias de este procedimiento se pueden utilizar para controlar los agentes presentes (Karoly, 1992).

Moldeamiento.

Es un procedimiento diseñado para inducir la ejecución de nuevas conductas (Rimm y Masters, 1984) que pueden resultar complicadas (Stumphauzer, 2004) por el contrario para Karoly (1992) el método es generalmente sencillo. En el moldeamiento la conducta final se logra reforzando por aproximaciones sucesivas los pequeños elementos que la componen o le dan forma, se refuerzan aquellas respuestas que se parecen a la conducta final o incluyen componentes de esa conducta. Si se refuerza diferencialmente a la conducta deseada por aproximaciones sucesivas y se retira el reforzador de las conductas menos similares a esta conducta se le da forma gradualmente, de esta manera las respuestas que se parecen más a la conducta final son reforzadas y las respuestas que son muy distintas a ésta no se refuerzan

produciéndose su extinción (Caballo et al., 1995; Karoly, 1992; Kazdin, 1996; Rimm y Masters, 1984; Stumphauzer, 2004).

Hay dos características que son la topografía y la intensidad, la topografía se refiere a la forma de la respuesta en relación con el espacio o el lugar que ocupa cuando ocurre. La intensidad se refiere a la fuerza física o impacto que la respuesta ejerce sobre su ambiente (Caballo et al., 1995).

Encadenamiento.

Las conductas humanas complejas se componen de cadenas de respuestas más simples. Las unidades de respuestas actúan como claves y como reforzadores (Karoly, 1992). Una cadena es una secuencia de respuestas (Kazdin, 1996).

El encadenamiento, consiste en una secuencia de estímulos antecedentes o discriminativos, respuestas y estímulos consecuentes. La terminación de la secuencia entera es seguida normalmente por un reforzador que puede ser positivo o negativo (Caballo et al., 1995).

Los estímulos discriminativos sirven como eslabones en la cadena y tienen doble función: sirve como consecuencia para la conducta que le precede y como antecedente para la conducta que les sigue. El mantenimiento de la cadena dependerá del buen funcionamiento de cada eslabón, tanto si es estímulo precedente como consecuente (Caballo et al., 1995; Karoly, 1992). Los eslabones son numerosos, como también los conectores ambientales que mantienen unidos los diferentes eslabones (Kazdin, 1996).

El manejo de contingencias.

Es una forma de terapia conductual que involucra al principio de recompensar al cliente por las conductas deseables. Este tratamiento enseña al cliente a conectar el resultado de la conducta con la conducta en sí, de modo que se

establezca una contingencia o conexión. En la vida diaria la gente utiliza el manejo de contingencias para dejar de fumar, controlar su peso, disciplinar a los hijos o desarrollar mejores hábitos de estudio. Algunas personas acuden a consulta, el terapeuta ayuda a que el paciente explore la conducta y sugiera formas alternativas para tratar de controlarla. Una forma común de contrato de contingencias utilizado es la economía de fichas (Halgil y Krauss, 2004).

Economía de fichas.

Para la instalación de una economía de fichas hay tres consideraciones básicas: la primera consiste en la necesidad de identificar la conducta meta, la segunda es definir la moneda en uso que va a depender de los recursos de la institución para proporcionar fichas tangibles y por último se debe de efectuar un diseño de sistema de cambio, esta situación tiene un doble problema uno es determinar inicialmente los artículos exacto so privilegios por lo que se pueden cambiar las fichas (Rimm y Masters, 1984; Stumphauzer, 2004).

Es necesario definir los reforzadores, mismos que varían de acuerdo a la población a la que se está dando tratamiento. Entre los reforzadores de apoyo están algunos tangibles como dinero, alimentos y juguetes, así como premios intangibles como salidas, privilegios, pases espectáculos, entre otras (Rimm y Masters, 1984).

Otro aspecto importante es la tasa de cambio, refiriéndose a dos tipos de valores de intercambio, el número de fichas ganadas por el desempeño de actividades no preferidas y el número de fichas necesario para el pago de algún artículo, siendo ambos susceptibles de cambio. Al principio, las conductas no preferidas deberán obtener recompensas en amplio número, suficientes para que no sea necesario desempeñar demasiadas para ganar artículos o privilegios valuados al mínimo (Rimm y Masters, 1984). En general las fichas se pueden ganar, perder o cambiar de manera contingente y se opera en ambiente controlados por lo que la generalización puede ser un problema ya que al aprenderse en un ambiente controlado puede no generalizarse al mundo exterior, una posible respuesta es el gradual

desvanecimiento de la economía de fichas (Phares y Trull, 2003; Stumphauzer, 2004).

2.5.3 Técnicas derivadas del aprendizaje social.

Modelamiento.

El modelado se refiere al proceso de aprendizaje en el que un individuo cambia como función de observar, oír o leer sobre la conducta de otro individuo o sobre figuras similares a los humanos (Caballo et al., 1995; Kazdin, 1983). El procedimiento es simple, se expone al cliente ante uno o más individuos presentes o filmados que demuestren conductas que el cliente adoptará (Perry y Furokawa, 1992; Rimm y Masters, 1984; Stumphauzer, 2004).

El modelado tiene cuatro funciones básicas, a través de la observación de un modelo el cliente puede aprender nuevos y apropiados patrones de conducta, por lo que sirve como adquisición. La observación de la conducta en situaciones diversas proporcione facilitación social de conductas apropiadas, además puede conducir a la desinhibición de conductas que el cliente ha evitado a causa del miedo o ansiedad y puede promover el sustituto o la extinción directa del miedo relacionado con la persona, animal u objeto hacia el que la conducta estaba dirigida (Rimm y Masters, 1984).

Los modelos son importantes ya que informan el modo de adquirir conductas de forma rápida, sin tener que basarse en el moldeamiento o en el ensayo y error. El efecto del modelado está determinado por las características del modelo como por las actividades cognitivas del observador. Las características que debe poseer un modelo es el estatus. La similitud de edad o sexo y actitudes con el observador, la cordialidad y educación del mismo, y por la capacidad del observador de atender, extraer y recordar lo que ve (Caballo, et al., 1995; Perry y Furokawa, 1992; Stumphauzer, 2004).

Los modelos pueden ser reales o simbólicos y puede ser un espectador pasivo o un espectador activo en la eficacia del modelo. Los observadores tienden a

imitar la conducta modelada si les gusta o respetan al modelo, si ven al modelo recibir reforzamiento, si ven señales de placer o están en un ambiente donde imitar la ejecución del modelo es reforzada (Caballo et al., 1995; Perry y Furokawa, 1992; Rimm y Masters, 1984).

Hay diferentes maneras para referirse a los procedimientos de modelado como (Rimm y Masters, 1984):

- Modelamiento graduado.
- Modelamiento guiado.
- Modelamiento guiado con reforzamiento.
- Modelamiento participante.
- Modelamiento con ejecución guiada.

2.5.4 Técnicas de la terapia cognitiva .

Reestructuración cognitiva.

La reestructuración cognitiva, está dirigida a la modificación directa de pensamientos automáticos negativos y creencias (esquemas cognitivos disfuncionales) que se consideran mediadores fundamentales de las diferentes manifestaciones de muchos trastornos psicopatológicos (Farré, 2004).

La conducta desadaptativa se determina por las maneras en que las personas determinan su mundo o la manera en que las interpretan. Es posible enseñar a las personas en el momento en que comiencen a sentirse mal o incómodos en situaciones reales, la manera correcta y preguntarse qué se están diciendo así mismos acerca de dichas situaciones (Fontaine, 1981; Mahoney, 1988; Meinchenbaum, 1988; Phares y Trull, 2003).

La mayoría de las formas de la terapia coinciden en proporcionar a los pacientes la oportunidad de lograr una perspectiva diferente de los aspectos problemáticos de sus vidas. La meta de la reestructuración cognitiva no sólo

es lograr este objetivo si no también enseñar a los clientes un procedimiento mediante el cual pueden hacer esto mismo por *sí solos*. En este sentido, la meta de este procedimiento terapéutico es proporcionar a los individuos suficientes habilidades de manejo, (Goldfried, 1996) que les permitan funcionar como sus propios terapeutas.

Este método está diseñado para dotar a los usuarios de habilidades personales de manejo. Este proceso de reevaluación se destina a ayudarles a diferenciar entre una amenaza real en el entorno y algo que ha sido erróneamente percibido como peligroso.

Dentro del marco de referencia determinado por Goldfried (1981), el objetivo fundamental de la reestructuración conductual es entrenar al paciente para que perciba las señales ambientales de un modo más correcto, de modo que las situaciones verdaderamente peligrosas se diferencien claramente de aquellas en que la fuente de daño es puramente imaginaria.

Una estrategia típica ha consistido en atacar verbalmente las creencias irracionales del cliente y persuadirlo de que pensará más racionalmente. El clínico que tenga conocimiento de los principios básicos del camino de la conducta e imaginación creadora, puede sin duda utilizar diversos métodos para que los clientes aprendan a rotular las situaciones de modo más racional (Goldfried, 1981).

Ellis intentó cambiar la conducta a través de alterar la forma en que el paciente piensa de las cosas, plantea que toda conducta no se determina por los eventos sino por las interpretaciones de las personas acerca de ello (Phares y Trull, 2003). Considera que el núcleo de su teoría está representado por una frase sencilla: "Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos". Sintética y gráficamente Ellis resumió su teoría en lo que denominó el "ABC" recordando que "entre A y C siempre está B" (Ellis, 1990; Kazdin, 1989; Mahoney, 1988).

Considerando la A como un acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etcétera), la B representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etcétera, y la C representa la consecuencia o reacción ante "A". La "C" puede ser de tipo emotivo (*emociones*), cognitivo (*pensamientos*) o conductual (*acciones*) (Harrison, Beck y Buceta, 1984).

Terapia Cognitiva de Beck

Otra técnica relacionada con el enfoque cognitivo, que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión, es la desarrollada por el psicólogo estadounidense Aaron T. Beck, que parte del supuesto de que los individuos depresivos tienden a formar pensamientos negativos sobre ellos mismos y sus capacidades, sobre el mundo circundante y sus experiencias en él, y sobre el futuro —lo que se conoce como ‘tríada cognitiva’ de la depresión. Estas tendencias serían básicamente un problema del pensamiento, es decir, de utilizar modos de pensar inapropiados. Sus técnicas terapéuticas, como los planteamientos conductistas más estrictos, se dirigen a corregir el problema directamente, más que a intentar comprender sus orígenes en el pasado del individuo (Vargas e Ibañez, 2002).

Para entender la terapia cognitiva de Beck, es necesario introducir tres conceptos básicos que son: los eventos cognitivos son pensamientos e imágenes a los que con frecuencia no se les presta atención, que son fáciles de recuperar, son difíciles de interrumpir y frecuentemente se cree en ellos, sin importar cuán lógicos sean. Están asociados con las emociones e influyen en la conducta. Otro concepto básico son los procesos cognitivos, se refieren al como pensamos a los procesos automáticos del sistema cognitivo, Beck plantea cuatro formas de procesos cognitivos: razonamiento dicotómico (términos extremos), sobregeneralización (conclusiones de gran alcance con pocos datos), magnificación (ver eventos más catastróficos de lo que son) y la inferencia arbitraria (hacer conclusiones con poca evidencia), y el último

concepto es el de estructuras cognitivas, que consiste en los esquemas, las asunciones implícitas o las premisas, que determinan a qué eventos se presta atención y cómo se interpretan (Mahoney, 1988; Meichenbaum, 1988).

2.6 Modelos de evaluación conductual.

Las teorías conductuales empezaron a reconocer lentamente la importancia de otros aspectos del funcionamiento de los individuos, particularmente las investigaciones mostraban asociaciones de la conducta y las cogniciones y por consecuencia los procedimientos conductuales empezaron aplicarse a la evaluación de las cogniciones, llevando el desarrollo de la evaluación cognitiva-conductual (Compas y Gotlib, 2003).

Hay varios métodos de realizar la evaluación, para diversos rangos de edad ya sea niños o adultos y se usan para examinar áreas del funcionamiento. Hay cuatro grandes rubros de evaluación: observación conductual, entrevista conductual, inventarios y registros (Compas y Gotlib, 2003).

Entrevista conductual.

Se utiliza para obtener información mediante una conversación (Llavona, 1998) que ayude a formular un análisis funcional de la conducta, significa que se concentra en la descripción y la comprensión de las relaciones entre antecedentes, conductas y consecuencias (Compas y Gotlib, 2003; Roa, 1995) además de describir la conducta de los individuos y de las condiciones situacionales que rodean la conducta y sus relaciones (Llavona, 1998). Tiende a ser más directiva permitiendo obtener descripciones detalladas de las conductas problema y del ambiente actual del paciente (Compas y Gotlib, 2003).

Kratochwill (1985, en Compas y Gotlib, 2003; Llavona, 1998; Muñoz, 1998) sugiere que las entrevistas conductuales siguen un formato de solución de problemas de cuatro pasos:

- Identificación del problema. Se identifica y se explora un problema específico y se seleccionan procedimientos para medir conductas objetivo.
- Análisis del problema. Análisis mediante la evaluación de los recursos del cliente y de los contextos en los que es probable que ocurra la conducta.
- Planeación de la evaluación. Son procedimientos para recoger datos relevantes a la evaluación y a la intervención.
- Evaluación del tratamiento. Se bosquejan estrategias para evaluar el éxito del tratamiento.

Godoy (1991) sólo plantea tres fases, al contrario de los autores ya mencionados, él considera la selección y descripción de las conductas problema, selección de las técnicas de intervención y valoración de los efectos de la intervención. Sin embargo, es importante tener una planeación de la evaluación para poder elegir objetivos del tratamiento.

Observación conductual.

Es un método directo para la recogida de datos, se caracteriza por centrarse en conductas externas y su objetivo es tratar de determinar y cuantificar las dimensiones de la conducta o conductas problema, así como las variables que la mantienen. Permite recoger información en el medio natural o en un medio controlado (De la Puente, Labrador, García, 1988).

La observación se puede realizar en el ambiente del paciente, lo cual genera mayor validez ya que se reflejan las condiciones en las cuales ocurre realmente la conducta, sin embargo, tiene varias limitaciones como la intrusión del observador ya que afecta el ambiente, son costosas y se carece de control directo de las contingencias en el ambiente natural (Compas y Gotlib, 2003; Roa, 1995).

La observación se puede realizar de manera que se controlen factores contextuales y se examinen de forma sistemática sus efectos sobre la conducta problema. Los escenarios para realizar la observación se deben estructurar para permitir una evaluación confiable de la conducta objetivo y una evaluación de los efectos de las variables controladoras sobre la conducta (Compas y Gotlib, 2003; Roa, 1995).

Registros.

Las observaciones, ya sean realizadas por el terapeuta o por el cliente son una aproximación importante, sin embargo no son una muestra suficientemente amplia, por ello se utilizan escalas de registros, y listas de verificación conductual que proporcionan información sobre una amplia gama de las conductas del individuo en un periodo prolongado.

Las escalas de registro evalúan conductas problema en niños, adolescentes y adultos. Además no sólo se pueden registrar el número de ocurrencia y la duración (Compas y Gotlib, 2003), también los pensamientos y ante qué situaciones suceden y cuáles son las consecuencias (Parks y Hollon, 1993).

Los informes son útiles siempre y cuando sean desarrollados, valorados y aplicados adecuadamente, son una forma de evaluación económica, poseen validez aparente y su interpretación es simple (Roa, 1995).

Inventarios.

El foco de atención de los inventarios es la conducta. A los clientes se les pregunta acerca de acciones, sentimientos y pensamientos específicos que reducen al mínimo la necesidad de que hagan inferencias acerca de lo que en realidad significa su propia conducta. Se han desarrollado para evaluar la percepción de una persona acerca del ambiente social (Phares y Trull, 2003).

Los inventarios son procedimientos sistemáticos y tipificados en los cuales una persona se examina y enfrenta con estímulos a los que debe responder. Las

respuestas permiten al psicólogo asignar un valor, a partir de los cuales se pueden hacer inferencias acerca del grado en que el paciente posee tal o cual problema, aptitud o conocimiento, que se supone que el inventario mide (Cortada, 2000)

2.6.1 Objetivo de la intervención de la TCC.

Las técnicas se pueden mezclar dependiendo del caso a tratar, siempre y cuando este lo requiera y la técnica sea la más adecuada para resolver la problemática. Las técnicas están dirigidas a un fin dentro de la intervención de la Terapia Cognitiva-Conductual (TCC).

La TCC puede considerar un proceso secuencial de aprendizaje de ciertas habilidades, en el que el terapeuta ayuda al paciente a identificar y modificar aquellas cogniciones y conductas más implicadas en las dificultades actuales. Habitualmente este proceso sigue tres pasos: evaluación, educación sobre el trastorno y aplicación de técnicas específicas (Farré, 2004).

El primer objetivo de TCC corresponde a la ayuda que se da al cliente para que defina sus problemas en términos de problemas resolubles. El segundo objetivo concierne a la inducción real del cambio cognitivo, emocional y conductual. El tercer objetivo se centra en la consolidación, la generalización y el mantenimiento de los cambios de conducta y la evitación de las recaídas (Meinchenbaum, 1988).

Farré (2004) señala que la TCC es una forma de tratamiento breve. En los estudios experimentales con pacientes en régimen ambulatorio, el tratamiento suele consistir en aproximadamente 15 a 20 sesiones de contacto con un terapeuta, (duración de una hora) en general de una a dos veces por semana. Durante este periodo de sesiones se debe tomar en cuenta el tipo de trastorno, ya que éste indicará el tiempo de duración del tratamiento. A lo largo de las sesiones se integran también "tareas para casa" que consisten en la realización de actividades por parte del paciente fuera de la sesión.

2.7 Población y problemáticas que atiende.

La TCC no está dirigida a un cierto grupo de personas con algún problema en específico, las problemáticas que se atienden son tan diversas como las situaciones que vive cada persona, así mismo, a la población que se atiende puede ser desde niños hasta adultos.

Así pues, esta terapia es utilizada para el tratamiento de parejas, individuos y grupos en diversas circunstancias. La TCC se enfoca en identificar junto con el cliente, a través de la recolección de datos, pensamientos, sentimientos y conductas disfuncionales (Bautista, 2002).

Con la terapia cognitiva conductual, se atienden a todo tipo de personas desde niños hasta adultos, sólo variando la forma de intervención con cada uno de ellos debido a su desarrollo cognitivo (Garfield, 1979).

Se han empleado métodos en el tratamiento de ansiedad, tensión y la ira, enseñando, educando, ensayando y aplicando los conocimientos en estos problemas. Se estimula al cliente mediante diversas técnicas a aplicar las aptitudes cognoscitivas y conductuales en las situaciones. También es muy frecuente hacer uso de la reestructuración cognoscitiva para modificar la manera de pensar del cliente (Meinchenbaun, 1988).

El enfoque cognitivo conductual es cada año más dominante entre las propuestas psicoterapéuticas y su eficacia en la práctica clínica es cada vez más reconocida en las investigaciones sobre diversos trastornos, tales como depresión, adicciones, ansiedad, trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, disfunciones sexuales, así como sobre muchos problemas sociales, tales como la violencia, la ira, las inhibiciones, los conflictos de pareja y otros (Vargas e Ibañez, 1998).

2.7.1 Adultos.

Con los adultos, la terapia se inicia cuando un individuo tiene algún problema o dificultad en su adaptación que le produce cierto malestar o que resulta perturbadora para aquellos que viven con él (Garfield, 1979).

Las circunstancias en que se inicia la terapia varían con el tipo de problema y con el contexto ambiental específico. Los problemas pueden variar desde depresión, tensión, ansiedad, falta de armonía marital, inclinación al robo, pensamientos irracionales, insomnio, amnesia, dolores, estrés ó dificultades sexuales (Garfield, 1979).

2.7.2 Niños.

En los niños la intervención se realiza en la mayoría de los casos por petición de los padres, ya que son ellos quienes llevan a sus hijos a terapia y quienes aportan datos de los niños (Goldfried y Davidson, 1981; Kendall y Norton-Ford, 1988; Monedero, 1984).

La TCC con niños comenzó con problemas de autocontrol y de atención y de niños hiperactivos. En este sentido la TCC está diseñado para enseñar a generar y emplear espontáneamente estrategias cognitivas y auto-instructivas. La investigación indica que es una herramienta útil en combinación con otras intervenciones complementarias. Se ha reconocido que los procedimientos pueden ser empleados con una variedad de problemas del desarrollo, por ejemplo el desarrollo de resolución de problemas sociales en las escuelas (Meinchenbaum, 1988).

Se han utilizado métodos de autoeducación, éstos han sido aplicados a diversos patrones de comportamiento inadaptado, obteniendo resultados favorables. Los problemas que se atienden son conductas disruptivas, depresión, fobias, problemas de aprendizaje, enuresis, ansiedad, entre otras (Kendall y Norton-Ford, 1988; Monedero, 1984).

El objetivo es enseñar a los niños a romper la automatización de sus actos y posteriormente, a iniciar una respuesta adecuada e incompatible con la anterior, influyendo en el cuándo y en el cómo se hablan a sí mismos (Meinchenbaum, 1988).

El principio fundamental que guía las decisiones al tratar a niños y adultos jóvenes comprende por lo menos dos factores importantes la edad y las consecuencias de que continúe haciendo lo que es presumiblemente conflictivo (Goldfried y Davidson, 1981).

En síntesis, la psicoterapia tiene un amplio panorama a causa de las distintas teorías psicológicas, la importancia en este capítulo es la terapia Cognitivo-Conductual (TCC). Su eficacia en la práctica clínica es cada vez más reconocida sobre los padecimientos psicológicos llevando a cabo tres pasos para la resolución del problema del paciente, evaluación, educación y aplicación de técnicas específicas (Farré, 2004).

Así pues, en la terapia cognitiva conductual, se atienden a todo tipo de personas desde niños hasta adultos, sólo variando la forma de intervención con cada uno de ellos, interviene en el tratamiento de parejas y grupos en diversas circunstancias. La TCC se enfoca en identificar junto con el cliente, a través de la recolección de datos, pensamientos, sentimientos y conductas disfuncionales (Bautista, 2002).

Como se ha mencionado la TCC atiende a niños y diversas problemáticas, por ende en el siguiente capítulo se aborda un caso de ansiedad en un infante de 11 años, partiendo de la descripción de la ansiedad, para comprender posteriormente el caso.

CAPÍTULO 3. ANSIEDAD INFANTIL: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

3.1. Definición de ansiedad.

La ansiedad es concebida como un patrón de respuestas donde interactúan tres sistemas: cognitivo, fisiológico y motor, que muestran una escasa variación entre ellos. Es definida como una respuesta emocional, o patrón de respuestas, que engloba aspectos cognoscitivos displacenteros de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos por un alto grado de activación del Sistema Nervioso Autónomo (S.N.A.) y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. Las respuestas de ansiedad pueden ser elicitadas tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etcétera, que son percibidos por la persona como peligrosos o amenazantes (Miguel, 1995).

La ansiedad es una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que preparan al organismo para reaccionar ante una situación de peligro; hace que algunas personas reaccionen de tal modo que se active su sistema de respuesta ante una situación peligrosa en donde puede afrontar; en este sentido, la amenaza dependerá de la valoración que el sujeto haga de los estímulos internos y externos y de su capacidad de valoración de sus recursos, sin embargo, existen personas que al no tener habilidades de enfrentar este tipo de situaciones hacen que su ejecución no sea adecuada y crea un problema de adaptación al contexto. La ansiedad determina alteraciones de la conducta y desempeña un papel importante en el aprendizaje y la adaptación (Bulacio, 2004; Echeburúa, 1997a; Freeman y Di Tomasso, 2004; Gándara y Fuertes, 1999; Ramírez, 1993; Ramos, González y Ballesteros, 2003; Sharma, Andriukaitis y Davis, 1991). En circunstancias normales el sistema nervioso humano se encuentra preparado para advertir y movilizar al individuo en una de tres direcciones frente a una amenaza objetiva

y físicamente peligrosa, se puede luchar, huir o quedarnos bloqueados (Freeman y Di Tomasso, 2004; Sharma, et al., 1991).

Sin embargo, cuando la frecuencia, intensidad o duración de la ansiedad sean excesivas, da lugar a la aparición de limitaciones, más o menos importantes, en la vida del individuo y en su capacidad de adaptación en el medio (Bulacio, 2004; Gándara y Fuertes, 1999). Galletero y Guimón (1989, en Miguel 1995) mencionan que la ansiedad llega a ser patológica y puede manifestarse de tres formas diferentes:

1. Como crisis, de forma brusca y episódica, tal como sucede en el trastorno de pánico.
2. Sin crisis, de forma persistente y continua, como ocurre en el trastorno de ansiedad generalizada.
3. Como consecuencia de una fuerte e inidentificable situación de estrés, siendo este el caso del trastorno por estrés postraumático.

La ansiedad es un miedo o preocupación a estímulos personalmente amenazadores anticipando resultados negativos, a pesar de que exista una escasa probabilidad de que ocurra, es una respuesta de índole más idiosincrásica (Cardoze, 1986; Freeman y Di Tomasso, 2004; Gándara y Fuertes, 1999; Nezu, Maguth y Lombardo, 2006). La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad y las preocupaciones no corresponden con la posibilidad o efectos reales del suceso temido. Por lo general se dificulta controlar la preocupación (Nezu, et al., 2006).

Las aproximaciones a las respuestas emitidas por un organismo en las situaciones de ansiedad hace que se pueda hablar de otros sistemas de respuesta pero no que estén desconectados unos de otros, estos son el sistema cognitivo, sistema conductual y sistema fisiológico, es un modo de aproximarse al estudio del sujeto como un todo y que reacciona como un conjunto estructurado (Cardoze, 1986; Freeman y Di Tomasso, 2004; Ramírez,

1993; Miguel, 1995). A continuación mencionaremos los síntomas que aparecen en cada uno de los sistemas.

- Físicos: taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, tensión y rigidez muscular, cansancio, falta del sueño, entre otras (Bulacio, 2004; Freeman y Di Tomasso, 2004; Flores, Jiménez, Pérez, Ramírez y Vega, 2007; Gándara y Fuertes, 1999; Nezu, Maguth y Lombardo, 2006; Ramírez, 1993; Sharma, 1991).
- Cognitivos: Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, inseguridad, ganas de huir o atacar, sensación de vacío, temor a perder el control, sospechas, incertidumbre y dificultad para tomar decisiones. También se puede observar preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos distorsionados e inoportunos, tendencia a recordar cosas desagradables (Bulacio, 2004; Gándara y Fuertes, 1999). Son síntomas que están influidos por características culturales, educativas y sociales de cada persona (Freeman y Di Tomasso, 2004; Gándara y Fuertes, 1999; Nezu, et al., 2006; Ramírez, 1993; Sharma, et al., 1991).
- Conductuales: estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, impulsividad, inquietud motora, rigidez, tensión, movimientos torpes (Bulacio, 2004; Freeman y Di Tomasso, 2004; Gándara y Fuertes, 1999; Nezu, et al., 2006; Ramírez, 1993; Sharma, et al., 1991).
- Sociales: irritabilidad, ensimismamiento, dificultad para iniciar o seguir una conversación, dificultad para expresar sus propias opiniones, temor a conflictos (Bulacio, 2004).

No todas las personas presentan los mismos síntomas, ni éstos la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas (Bulacio, 2004).

Por lo tanto, la respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias más o menos difusas que preparan al organismo para reaccionar ante una situación de peligro, se entiende como ansiedad.

Integrando los puntos anteriormente señalados, la ansiedad puede ser definida como una respuesta emocional que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso central y aspectos motores que implican comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada por estímulos externos o situacionales o por estímulos internos como pensamientos que son percibidos como peligrosos o amenazantes (Cía, 2002; Miguel, 1995).

Hasta hace poco se consideraba al niño como un adulto en miniatura, sin capacidad para registrar los acontecimientos que pueden estar en la base de los trastornos, así pues la ansiedad es más frecuente en niños y adolescentes, lo que indica una proporción significativa de esta población, la ansiedad se convierte en una fuerza estable, provocan problemas sobre los factores psicosociales y parece que tienen comienzo temprano y puede seguir en la edad adulta (Vásquez, Marquina y López, 2004).

La ansiedad, los miedos y las preocupaciones son experiencias comunes en la infancia. Hay cinco esferas de funcionamiento que cambian en los niños cuando están ansiosos: existen cambios fisiológicos, emocionales, conductuales, cognitivos e interpersonales. Parecen tener quejas somáticas, síntomas conductuales principalmente la evitación y los cognitivos en la forma en la que procesan la información (Friedberg y Mc Clure, 2005).

Así pues, los miedos son respuestas instintivas y universales, sin aprendizaje previo, que tienen por objetivo proteger a los niños de diferentes peligros. Según Grey (1971, en Echeburúa, 1997a), los miedos innatos se pueden agrupar en cinco categorías generales:

1. Miedo a los estímulos intensos (ruidos o dolores).

2. Miedo a los estímulos desconocidos (temor a las personas extrañas).
3. Miedo a la ausencia de estímulo (la oscuridad).
4. Miedo a estímulos que han sido potencialmente peligrosos para la especie humana en el transcurso del tiempo como la separación, las alturas y las serpientes u otros animales.
5. Miedo a las interacciones sociales con desconocidos.

Asimismo, la ansiedad aparece cuando el individuo se encuentra ante un estímulo temido, como sucede con los trastornos fóbicos o cuando los asaltan ideas recurrentes y/o rituales, como en el trastorno obsesivo compulsivo. De hecho la ansiedad no solamente va a constituir la base de los denominados trastornos psicofisiológicos, entre los que cobran especial importancia los trastornos cardiovasculares. A ello habrá que añadir el papel destacado que juega la ansiedad en los trastornos sexuales, la conducta adictiva, los trastornos de la alimentación, etcétera (Miguel, 1995).

La ansiedad en los niños es un problema que actualmente es estudiado ya que antes no se pensaba que los niños pudieran tener esta clase de dificultades, por ello surge la necesidad de clasificar los tipos de ansiedad que presentan las personas en una edad temprana.

3.2. Tipos de ansiedad en niños.

La ansiedad se clasifica de acuerdo a ciertas características como su duración, intensidad y algunas reacciones ya mencionadas y la clasificación está dada por el manual Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DMS-IV-TR) el cual define los diversos trastornos de ansiedad, dependiendo de los síntomas y del estímulo que lo provoca (Gándara y Fuertes, 1999).

En los niños el tipo ansiedad que más se presenta, de acuerdo con Cía (2002), Echeburúa (1997a), Miguel (1995), Orgilés, Méndez, Rosa y Cándido, (2003), Ramos, et al., (2002), Vázquez, et al., (2004) y Sharma, et al., (1991) proponen los siguientes:

- *El trastorno de ansiedad por separación.* Es un miedo excesivo a la separación de sus familiares, hogar o de aquellos a quienes se sienten vinculados. Las manifestaciones varían tanto en intensidad y forma: malestar, quejas somáticas, problemas de sueño, angustia, etcétera, se presentan en el momento en que ocurre la separación, pero también se pueden presentar de forma anticipatoria, por lo que afectan el funcionamiento del sujeto. Por lo regular tiene miedo a que les pase algo a sus figuras de apego. Presentan muchas posibilidades de recuperación y a veces decrece con la edad.
- *El trastorno de ansiedad generalizada.* Hay una preocupación por la conducta pasada y por el futuro, son individuos muy perfeccionistas, aspecto ligado a ambientes familiares rígidos y exigentes, sensibles a las críticas. Empieza entre los 12 y 13 años, lo que afecta en su autoestima y se pueden ir alejando de otras personas. Sobreestiman la probabilidad de consecuencias negativas, exageran el resultado previsto de los acontecimientos, preocupación por eventos poco probables, inseguros y en casa suelen tener explosiones, sin embargo en la escuela son buenos. También interfiere en las relaciones sociales buscando a niños menores ya que con ellos puede, en cierta medida, llevar el control y no mostrarse indefenso.
- *El trastorno de angustia.* Poco estudiado por limitaciones cognitivas de la edad. Son miedos a enfermar, en niños mayores puede darse falta de aliento, taquicardia, vértigos o despersonalización.
- *Trastornos ansiosos situacionales.* Es un trastorno de adaptación, la ansiedad se puede manifestar cuando el sujeto se enfrenta a una situación específica, por ejemplo, la actuación en público. Los síntomas pueden no ser graves y el funcionamiento habitual generalmente es normal.

- *Trastornos fóbicos*, que incluye la fobia simple, la fobia social y la agorafobia. La fobia simple se caracteriza por el miedo irracional y la evitación a estímulos o de situaciones distintas a las sociales y los lugares públicos. La fobia social implica un miedo persistente y evitación de situaciones sociales y contextos en que el individuo es susceptible de ser evaluado. La agorafobia se refiere al miedo intenso y la evitación de situaciones de estar solo o en lugares públicos donde exista imposibilidad de recibir ayuda o escapar.
- *Estrés postraumático*, caracterizado por una ansiedad excesiva como consecuencia de un suceso traumático. Se refiere a la evocación reiterada del estrés producido por un suceso traumático identificable.

Hay datos que sugieren que la prevalencia de los distintos trastornos de ansiedad varía sistemáticamente en función de la edad. Por ejemplo, el trastorno de angustia de separación es más prevalente en la infancia, mientras que el trastorno por ansiedad excesiva lo es en la adolescencia. No obstante los niños y adolescentes de una misma edad pueden presentar diferentes trastornos de ansiedad por lo que se plantea la presencia de un determinado trastorno de ansiedad que puede relacionarse con un estadio particular del desarrollo (Ramos, et al., 2002).

Goldfried y Davidson (1981) hacen la siguiente clasificación clínica basándose en el modelo conductual:

- *Ansiedad condicionada*. Se relaciona en forma directa con experiencias condicionadas pasadas de naturaleza clásica o vicaría, de modo que las respuestas de ansiedad y evitación se vinculan directamente con conjuntos específicos de situaciones-estímulo.
- *Déficits instrumentales*. La ansiedad se puede presentar por el déficit de alguna habilidad o aptitud ante una situación, por lo que rehúye a las consecuencias y de esta manera el sujeto se encuentra en desventaja.

- *Autodeclaraciones ansiógenas.* Son preocupaciones que el individuo pudo aprender de manera tradicional y por lo que hace evaluaciones distorsionadas de la situación.
- *Conductas autoinducidas.* Son autoexigencias excesivas, puede ser que una persona que ha asumido un exceso de responsabilidad se coloque en una extrema presión.
- *Medios insostenibles.* La ansiedad proviene del ambiente del individuo o de una situación general en su vida. Es una evaluación relativa, que perjudica en un aspecto personal el paciente al no poseer las habilidades de afrontamiento.

Ramos, et al., (2002) proponen otro tipo de trastornos de ansiedad:

- *Trastorno de estado de ánimo,* la asociación entre el estado de ansiedad y depresión se muestra en población general como en muestras clínicas. El porcentaje de niños con algún trastorno de ansiedad que tiene además un trastorno depresivo oscila entre el 12% de la población. También se ha comprobado un alto porcentaje de los niños y adolescentes con episodios depresivos mayores tiene un trastorno de ansiedad concurrente, siendo en muchas ocasiones un trastorno por ansiedad excesiva.

Asimismo Echeburúa (1997a), Miguel (1995), Freeman y Di Tomasso, (2004) y Brown (2004) derivan de la ansiedad fobias y trastornos obsesivos-compulsivos, o trastornos mixtos que relacionan la ansiedad con otro padecimiento como la depresión. Algunas fobias específicas pueden interferir de una forma considerable en la vida cotidiana de un niño. Así, la fobia a la oscuridad puede producir una fuerte ansiedad por la noche en el momento de ir a la cama, así como rabietas y negativas a dormir fuera de casa (con familiares y con amigos). Las fobias a los perros puede llevar al niño a utilizar caminos más largos o rodeos innecesarios para llegar a casa o a la escuela. También se encuentra la fobia a los médicos o dentistas, que puede impedir los controles

preventivos, así como dificultad de administración de tratamientos beneficiosos (inyecciones, empastes de muelas, intervenciones quirúrgicas, etcétera).

En cuanto al pronóstico, las fobias específicas tienden a remitir espontáneamente con el paso del tiempo en periodos que oscilan entre 1 y 4 años. La madurez neurológica del niño, así como las específicas del aprendizaje adquiridas con exposición directa y observacional a los estímulos temidos, explican la atenuación gradual de los miedos (Echeburúa, 1997a).

En tanto, el trastorno obsesivo-compulsivo se compone de obsesiones (pensamientos ilógicos desagradables que surgen reiteradamente y que sobreviven contra la voluntad del sujeto) y de compulsiones (conductas repetitivas sin sentido en sí mismas, pero consiguen suprimir o reducir la ansiedad inducida por la observación). Es el caso, por ejemplo, de un niño que le viene a la mente de forma reiterada la idea de que sus padres van a morir repentinamente víctima de un accidente de tráfico y que los rezos repetitivos consiguen controlar tales pensamientos y reducir el nivel de ansiedad durante unas horas. Este cuadro clínico es más propio de la vida adulta y resulta poco frecuente en la infancia (Miguel, 1995).

El trastorno compulsivo puede estar asociado con diversas fobias, así como con depresión y con la anorexia nerviosa. Los síntomas de depresión – habitualmente secundarios al problema – pueden aparecer en tercera parte de niños aquejados por el trastorno obsesivo-compulsivo y tienden a agravarse con el trascurso del tiempo (tras 1 o 2 años de evolución del cuadro clínico) (Miguel, 1995).

3.3 Etiología.

Para que se produzca un trastorno de ansiedad deben de influir varios factores como predisposiciones adquiridas, temperamento, experiencias pasadas, creencias y la situación actual del individuo incluyendo su apoyo social percibido (Bulacio, 2004; Echeburúa, 1997). En las diferentes etapas del desarrollo interviene el modo específico en que el sujeto da significado a sus

experiencias incluyendo las propias manifestaciones de la ansiedad. Los mecanismos desadaptativos dependen de las creencias y de los aprendizajes relacionados con el modo de procesar la información (Bulacio, 2004).

Ramos, et al., (2002) proponen que algunos niños están más predispuestos a padecer un trastorno en circuitos neurofisiológicos del sistema nervioso central pero consta decir que no todos los niños inhibidos (carecen de relaciones sociales) desarrollan un trastorno de ansiedad. Señalan de esta forma, que no es una ansiedad aprendida o por cogniciones, sino más bien hay disfunciones cerebrales en el hipotálamo y el hipocampo que propicia la aparición de un estímulo específico de ansiedad diferente a los estímulos de ansiedad generalizada. Además, los signos se presentan en la coordinación motora, en este caso aplica la medicación y diagnóstico médico.

Los estímulos más habituales para el desarrollo de la ansiedad provienen del entorno psicosocial del niño (trabajo, familia), del medio ambiente (clima, tráfico), o del organismo (enfermedades) y lo que importa no es sólo las características, sino la valoración que el niño hace de ellos, por lo que hay una relación entre un estímulo y la aparición de la ansiedad (Gándara y Fuertes, 1999).

Freeman y Di Tomasso (2004) señalan que respecto a los factores somáticos se debe de tomar en consideración dos elementos, uno, en los trastornos de ansiedad hay que destacar posibles causas somáticas que remedien la ansiedad. Muchas veces, los síntomas remiten tratando el problema somático. En segundo lugar la existencia de un problema somático no descarta necesariamente la presencia del problema de ansiedad. Los problemas somáticos pueden coexistir con los trastornos de ansiedad y, en ocasiones, ambos requieren tratamiento. Los problemas crónicos de salud disminuyen la capacidad para afrontar las dificultades y llevan a un sentimiento de ansiedad desbordante.

Una situación en la que se puede desarrollar la ansiedad son los factores familiares, los hijos de padres con trastornos de ansiedad tienen mayor riesgo de padecer un trastorno de ansiedad. Por ejemplo, las madres que tienen

ansiedad excesiva sus hijos tienden a desarrollar trastornos de ansiedad (Echeburúa, 1997a; Ramos, et al., 2002).

La ansiedad materna, evaluada como trastorno o en un continuum de malestar, sitúa a los hijos en riesgo de desarrollar ansiedad u otros problemas, aunque ni se asocia específicamente con un único trastorno ni todos los hijos de madres ansiosas presentan sintomatología. Una forma de explicar la variabilidad en el funcionamiento de éstos es en términos de diferencias individuales que podrían agudizar, reducir o proteger del efecto de ansiedad materna. Entre las características de los niños que, a pesar de la adversidad, se desarrollan normalmente se encuentra la regulación emocional, un constructo multicomponencial que implica procesos por medio de los cuales la activación emocional es controlada, modulada y modificada para funcionar de modo adaptado en situaciones que sobrepasan el nivel basal. Al ser una tarea evolutiva esencial, impacta la habilidad para organizar una serie de procesos internos, facilita aspectos de cognición y aprendizaje, identidad y conducta y, en consecuencia, su déficit sitúa a los niños en riesgo de desadaptación y psicopatología. Además, los procesos de regulación emocional podrían formar parte de los factores que contribuyen a la transmisión intergeneracional de ansiedad u otras patologías a través de vulnerabilidades biológicas o de experiencias de socialización. En cualquier caso, la ansiedad materna puede impedirle actuar como co-regulador emocional. Este efecto de la inhabilidad materna como agente primario de regulación podría depender de estados específicos preexistentes del organismo intensificando, sobretodo en niños lábiles y emocionalmente inestables, su tendencia a experimentar estados de tensión y emoción negativas (Sineiro y Paz, 2007).

Los primeros estudios sobre el funcionamiento familiar de niños ansiosos señalan la existencia de una relación entre la ansiedad infantil y ciertas tipologías familiares: sobreprotectoras, ambivalentes y con insatisfacción marital. Se reconoce que la exposición permanente a unos padres ansiosos puede inducir la ansiedad en el niño a través de mecanismos de aprendizaje social (Cía, 2002; Echeburúa, 1997a; Ramos, et al., 2002).

Incluyendo también la ruptura familiar, tanto adultos como niños presenten altos índices de ansiedad. Son muchos los estudios que han evaluado los niveles de ansiedad que presentan los diferentes miembros de la familia durante el proceso de ruptura. En un estudio realizado por Pons y Barrio (1995) se evalúa el nivel de ansiedad en dos grupos de niños pertenecientes a familias divorciadas (96) e intactas (97). La ansiedad se midió por medio de la adaptación al castellano del State-Trait Anxiety Inventory for Children's Spanish (STAIC). La percepción que tiene el niño sobre el divorcio se evaluó a través de la traducción de la escala Children's Beliefs about Parental Divorce Scale (CBPDS). Los resultados indican que no existen diferencias significativas entre los niveles de ansiedad de ambos grupos de niños. La ansiedad exhibida por los niños de padres divorciados parece estar relacionada con las siguientes variables: el conflicto interparental, las relaciones parentales después del divorcio y la frecuencia de visitas del padre que no posee la custodia del niño.

Los principales modelos etiológicos señalados en la explicación de la adquisición y mantenimiento de los trastornos de ansiedad han sido el condicionamiento clásico, operante y el aprendizaje observacional (Echeburúa, 1997a).

Desde la teoría del condicionamiento clásico, la ansiedad consiste en un proceso de aprendizaje asociativo en el que si un acontecimiento indiferente se asocia (incluso una sola vez) con un estímulo que suscite de manera automática miedo, el estímulo neutro puede empezar a provocar ansiedad por sí mismo. Por ejemplo, si un niño está a punto de ahogarse (estímulo aversivo) en una playa (estímulo neutro) entonces la playa y, por extensión, otros estímulos relacionados con el agua (piscinas, ríos, lagos) pueden convertirse en estímulos condicionados que en adelante susciten una respuesta de ansiedad (Cía, 2002; Echeburúa, 1997a; Sandler y Davidson, 1977).

La teoría del condicionamiento operante explica fundamentalmente el mantenimiento e incluso la intensificación de las conductas de evitación: muchos de los trastornos se mantienen en función del reforzamiento negativo y el reforzamiento positivo, y aunque da una explicación del mantenimiento no

da respuestas mediacionales cognitivas y fisiológicas (Echeburúa, 1997a; Sandler y Davidson, 1977).

De acuerdo a la teoría del aprendizaje, existen impulsos que son aprendidos por refuerzos ya sean castigos o gratificaciones, por lo que la ansiedad es considerada como algo aprendido. Por ejemplo, si se tiene un accidente automovilístico, se puede desarrollar miedo a los automóviles, ya una vez iniciada por el estímulo dado, la reacción ansiosa podría extenderse hacia otros estímulos por la generalización y la asociación, por ejemplo los transportes públicos por su semejanza con los autos y la asociación con objetos relacionados con el accidente por ejemplo, el semáforo (Sharma, et al, 1991).

Desde la teoría del aprendizaje observacional se postulan tres posibles modos de adquisición de conductas ansiosas: a) la experiencia directa con acontecimientos aversivos; b) la observación de otra persona sometida a un suceso traumático; y c) la recepción de información en torno a estímulos estresantes por parte de personas significativas para el niño (Echeburúa, 1997). El aprendizaje vicario puede explicar el origen de la ansiedad en la que los niños no han tenido experiencias traumáticas con el estímulo estresante (Cía, 2002; Echeburúa, 1997).

Así pues, la ansiedad puede ser resultado de una situación estresante, más las posibilidades de adaptación del sujeto determinadas por el aprendizaje (experiencias tempranas y desarrollo de la personalidad). La interacción de estos factores determina la aparición o no de un estado de ansiedad y perfila sus características en función de los rasgos del estímulo y del sujeto (Gándara y Fuertes, 1999).

En este sentido la ansiedad anula la capacidad de discriminación y conduce a una falta de adaptación que se expresa en la generalización o en forma asociativa (Sharma, et al, 1991).

De acuerdo con la teoría cognitiva existen pensamientos que provocan preocupaciones, unas se refieren a cuestiones externas e internas, siendo los

pensamientos los que perpetúan la preocupación, estas ideas implican una evaluación negativa de la preocupación que abarca un desempeño perturbador, exageración del problema y causa de angustia emocional (Nezu, et al, 2006).

Los pensamientos son receptivos, intrusivos y no deseados, cuyo contenido está relacionado con amenazas potenciales y sus consecuencias. A medida que los niños desarrollan sus habilidades cognitivas poseen una mayor capacidad para experimentar preocupaciones y por lo tanto, desarrollan ansiedad. Los niños excesivamente ansiosos hacen más predicciones negativas del futuro; los niños con trastornos de ansiedad tienen dificultad para controlar sus cogniciones, que son básicamente erróneas, irracionales, catastróficas y negativas. Estos niños presentan excesos de cogniciones de afrontamiento cuando son expuestos a una situación de estrés de forma que ese exceso llega a interferir con sus habilidades para manejar la ansiedad (Cía, 2002; Echeburúa, 1997a; Ramos, et al., 2002).

El grupo familiar y social pueden actuar como amortiguador o potenciador de la ansiedad (Gándara y Fuertes, 1999). Desde la perspectiva cognitiva, los niños ansiosos tienden a responsabilizarse excesivamente de los fracasos, sin tomar en consideración los componentes de la situación y suelen ser lentos en la toma de decisiones, por ello suele ser la evitación una forma de afrontamiento (Echeburúa, 1997a).

También existen los factores traumáticos, en este sentido, los niños, al tener un trauma o exponerse a una situación traumática generan una ansiedad excesiva, sin embargo, no está claro si la aparición de los síntomas ansiosos representa el comienzo de la ansiedad o simplemente se trata de la exacerbación de un trastorno leve subyacente (Freeman y Di Tomasso, 2004; Ramos, et al, 2002).

Los factores estresantes externos e internos, por ejemplo la pérdida de un ser querido es importante en cuanto a la vida del paciente, ya que representa un desencadenamiento de pensamientos, actitudes y emociones. Existe así el

factor de larga duración, estos se acumulan durante mucho tiempo, el resultado es una situación en la que se agotan y desbordan los recursos de afrontamiento de la persona. Otro caso son los factores estresantes que afectan a la vulnerabilidad y el umbral de exigencias dan como resultado una disminución de la capacidad individual, la persona puede perder oportunidades o no saber qué opciones tomar en cuanto a sus acciones, sentimientos o pensamientos; el resultado es una sensación de amenaza. Los factores de vulnerabilidad sirven para reducir el umbral o la tolerancia del paciente frente a las dificultades de la vida, experiencias que antes se toleraban bien, resultando ahora intolerables. El terapeuta debe evaluar los diversos factores de vulnerabilidad por que quizá haya contribuido o exacerbado dificultad momentánea, aumenten la resistencia del paciente la terapia o le predispongan a futuros problemas (Freeman y Di Tomasso, 2004).

La ausencia de mecanismos de afrontamiento es la carencia de respuesta de afrontamiento unidas a una visión distorsionada y negativa sobre la capacidad para encarar una situación. Quizá los pacientes con ansiedad no hayan aprendido estrategias adecuadas de afrontamiento o, por el contrario, hayan aprendido a utilizar respuestas como la evitación que sólo refuerzan la ansiedad e impiden un afrontamiento eficaz (Freeman y Di Tomasso, 2004).

La etiología de los trastornos de ansiedad es en gran medida desconocida. Los modelos de condicionamiento explican sólo en parte la adquisición y el mantenimiento de los trastornos de ansiedad. La vulnerabilidad del niño facilita las experiencias de aprendizaje de estos trastornos (Echeburúa, 1997a).

3.4 Formas de evaluación.

Para realizar la evaluación de la ansiedad se pueden utilizar inventarios que midan el nivel cognitivo, conductual y fisiológico o bien estos aspectos por separado. Además, se puede utilizar la observación y los registros (Ramírez, 1993).

La evaluación de los trastornos de ansiedad se ha realizado con diferentes medidas como autoinformes, test de evitación conductual y registros

psicofisiológicos. La variedad de las formas de evaluación se justifican en medida de la aportación de información, aportando fiabilidad a la evaluación. La observación directa puede ser un método de evaluación en niños pequeños, y se debe de tomar en cuenta la información de los padres y del niño (Montiel y Peña, 2001). Una complicación adicional es el grado de acuerdo entre estas dos fuentes, que suele ser bajo (Cía, 2002; Echeburúa, 1997b).

Inventarios y cuestionarios.

Hay inventarios que detectan el tipo de ideas irracionales que conducen a la ansiedad. Los cuestionarios evalúan hasta qué punto las personas mantienen pensamientos deformados impidiendo tener un buen estado fisiológico y un comportamiento adaptativo (Ramírez, 2003).

Es oportuno contar con inventarios y cuestionarios depurados, sensibles al cambio terapéutico, con propiedades psicométricas adecuadas y que sirvan de apoyo en la práctica profesional y a la investigación clínica (Echeburúa, 1997b).

Los cuestionarios han prestado mayor atención a los aspectos situacionales. Su construcción ha seguido generalmente una estrategia racional aunque cada vez es más habitual que se combine ésta con una estrategia empírica, e incluso con la estrategia factorial. Los reactivos incluyen situaciones o estímulos que el sujeto debe valorar señalando en que medida le produce una determinada reacción o clase de respuesta, o bien, se mide la frecuencia de aparición de distintas conductas relacionadas con un determinado problema o trastorno de conducta, como ansiedad, depresión, etcétera (Miguel, 1995).

Los cuestionarios cubren un campo temático menor que las entrevistas con los niños y con los padres y son medidas complementarias. Debido a la falta de concordancia entre padres e hijos en el momento de la evaluación se han desarrollado cuestionarios o listas de observación sintomática para adultos sobre las conductas problemáticas de los niños. Es por ello, que no es fiable una única fuente de información para llegar a un diagnóstico de un trastorno de ansiedad (Echeburúa, 1997b).

Las respuestas de los sujetos a los cuestionarios son entendidas como muestras de conducta y no como signo de una disposición interna. El enfoque interactivo utilizado generalmente cuestionarios S-R (situación-respuesta), en la que los reactivos describen una serie de situaciones y de respuestas, debiendo valorar el sujeto la frecuencia o intensidad con que estas respuestas se producen ante aquellas situaciones. Este método posibilita una evaluación de las respuestas, las situaciones y la interacción entre ambas. La información obtenida mediante cuestionarios interactivos es de gran valor para el análisis funcional, al proveer de datos no sólo sobre el componente situacional y el de respuesta, sino también sobre la interacción entre ambos (Miguel, 1995).

Entre algunos inventarios de evaluación de la ansiedad se encuentran:

- *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) Inventario de Ansiedad de Estado-Rango.
- ISRA es el *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad* (1968, en Miguel 1995; Echeburúa, 1997b).

La evaluación psicológica de los niños es más compleja que la de los adultos. Se requiere tomar en cuenta la información de los padres y del niño. Los instrumentos más útiles son los cuestionarios para niños y los cuestionarios para padres. Se necesitan fuentes múltiples de evaluación. Para una exploración integral se necesita una entrevista con el niño y con los padres, además de la historia proporcionada por cuestionarios (Echeburúa, 1997b; March y Albano, 2004).

Registros.

Es un modo de evaluación de las interacciones concretas en la vida real de los pacientes y posibilitan la detección de los elementos situacionales y de respuesta más significativos, anotados inmediatamente después de la que la conducta ha tenido lugar (Echeburúa, 1997b).

Al evaluar la ansiedad el uso de registros no se ha utilizado sistemáticamente debido a la complejidad de las conductas implicadas en estos problemas (Echeburúa, 1997a).

Las respuestas fisiológicas pueden ser evaluadas mediante autoinformes. Ejemplo de ello son el *Autonomic Perception Questionnaire* y el *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. Aquí el autoinforme servirá como medida indirecta, que, siempre que sea posible, deberá ser contrastada con registros directos de los distintos índices a evaluar. Los autoinformes pueden ser considerados como una derivación de la autoobservación y se refiere a la información verbal que un individuo proporciona sobre sí mismo, o sobre su comportamiento (Miguel, 1995).

De manera característica, la medida de autoevaluación se sirve de una escala tipo Likert; se pide al niño que califique la frecuencia, el malestar/sufrimiento o la combinación de ambos con un valor ordinal. Por ejemplo, se puede indicar al niño que califique “me encuentro tenso” sobre una dimensión de frecuencia de cuatro puntos que oscile desde “casi nunca” hasta “a menudo”. Las medidas de autoevaluación son fáciles de aplicar, exigen del clínico una inversión mínima del tiempo y recogen de manera económica multitud de dimensiones importantes de la ansiedad según la visión del niño. En conjunto, estos rasgos justifican porque las medidas de autoevaluación resultan ideales para la recogida de los datos previos a la primera evaluación pues esta información incrementa la eficacia del clínico, al facilitar una evaluación exacta de la probabilidad apriorística de que un niño concreto presente o no, síntomas de un dominio sintomático específico. El objetivo general de la evaluación es pasar del motivo de consulta inicial, a través de un diagnóstico por medio del DSM-IV-TR establecido en los ejes I a V, hacia un plan ajustado de tratamiento basado en una descripción ideográfica de los problemas que afectan al niño o al adolescente (March y Albano, 2004).

Mediante el método de autoinforme se pueden evaluar los tres sistemas de respuesta, sin embargo se debe tener en cuenta que respecto a los sistemas fisiológicos y motor es indirecto. Este método posibilita recabar información sobre las situaciones en las que tiene lugar la conducta, siendo ésta una gran información para su utilización en el análisis funcional (Miguel, 1995).

Se han utilizado registros muy diversos en la autoevaluación de la ansiedad como la tasa cardíaca (TC), donde los sujetos muestran una notable aceleración ante la presencia de estímulos generados de ansiedad, aunque tienen algunas limitantes, cuando los estímulos son presentados de forma imaginaria visual. Debe tenerse en cuenta al trabajar con esta medida que pueden influir fácilmente en ella actividades de tipo cognitivo, motor y perceptual y que algunas personas muestran tanto incremento como decremento en su tasa cardíaca ante estímulos ansiógenos. Para algunos autores, la TC, como medida imparcial, supone una evaluación de la ansiedad más válida y útil que el autoinforme. En suma los registros fisiológicos, libres de sesgo y medidos con métodos objetivos, pueden ser altamente fiables, sin embargo, se encuentran al menos tres limitantes, 1) falta de expertos en fisiología, 2) la mayoría de las medidas fisiológicas suelen observarse en laboratorios excluyendo la evaluación in vivo y 3) la medida de una respuesta simple sirviera de índice para otras más complejas, pero desafortunadamente los expertos tienen una discordancia en esta última (Miguel, 1995).

Para realizar una evaluación conductual se puede utilizar el automonitoreo, ya que permite la evaluación in vivo del grado de ansiedad y afecto negativo, pensamientos asociados con la angustia, cogniciones durante la preocupación y el tiempo invertido en ella (Nezu, et al, 2006).

Se pueden utilizar registros de actividades placenteras, instaurar planes de modificación de hábitos de conducta, los cuales se negocian con el cliente para la obtención de refuerzos positivos. Además es de gran utilidad la entrevista a profundidad (Ramírez, 2003).

Al realizar la evaluación fisiológica se puede llevar a cabo informes verbales con cuestiones sobre respuestas fisiológicas, permitiendo al psicólogo acercarse a este tipo de respuesta (Ramírez, 2003).

Observación.

La observación es un instrumento básico para percibir las conductas. Por medio de la observación al momento de responder se puede tener un resultado más oportuno o una aproximación de cuestiones fisiológicas (Ramírez, 2003; Smith, 2001).

Se han desarrollado varias técnicas de observación conductual, que pueden ser clasificadas en dos grupos: medidas directas y medidas indirectas (Miguel, 1995).

Las medidas directas para la evaluación de la conducta motora consisten en la evaluación directa de la conducta que se manifiesta en el ambiente natural. Este tipo de medida presenta la dificultad de que el contexto situacional, en que se observa la conducta raramente se encuentra bajo el control del observador. Además, la dificultad de estandarizar las distintas condiciones impide realizar comparaciones válidas entre los sujetos. Para evitar este problema, se han desarrollado escalas de observación para su utilización en laboratorios ante situaciones estandarizadas. Esta técnica consiste en registrar por medio de observación directa mediante jueces calificados, las respuestas del componente motor que el sujeto emite ante situaciones controladas. La situación ansiógena se genera mediante instrucciones, con estímulos temidos en vivo o a través de medios audiovisuales. Se registra la ocurrencia o no de una determinada respuesta, o su frecuencia de aparición, en un determinado periodo de tiempo, generalmente entre intervalos de 30 segundos (Miguel, 1995).

La ansiedad interpersonal se evalúa al comparar las distintas actuaciones del sujeto durante la aplicación de técnicas de role-play. Existen muchas variantes de la técnica, pero la estrategia básica suele mantenerse constante: se

describe al sujeto interactuando y representando diferentes papeles. En algunas versiones la interacción cesa cuando el sujeto emite su respuesta, presentándose en un nuevo escenario. En otras la interacción se prolonga.

Las medidas indirectas se han centrado principalmente en el componente de evitación y escape característico del comportamiento fóbico. La medida de conducta de evitación es recomendada frecuentemente como una evaluación adicional. La evaluación del grado de evitación mostrado por el sujeto en casos de ansiedad social se ve generalmente limitado al autoinforme, debido a la dificultad que plantea la medida de estas conductas en laboratorio. Sin embargo, las fobias específicas y la agorafobia no presentan problema (Miguel 1995).

3.5 Técnicas de intervención.

La intervención tiene como objetivo lograr una comprensión de la preocupación, pretende reducir las restricciones de los síntomas en la vida diaria. Son básicas las medidas para mejorar la calidad de vida y las habilidades de afrontamiento, así como la capacidad del individuo para ver el mundo de otra manera (Nezu, et al, 2006).

El tratamiento está basado en el análisis funcional tomando en cuenta los tres sistemas de respuesta, el sistema orgánico, el cognitivo y conductual, seleccionando las técnicas más adecuadas para cada sistema (Ramírez, 1993).

Para realizar la intervención es necesario el uso de las técnicas de modificación de conducta. Para el trabajo con niños es necesario adecuar las técnicas a su nivel cognitivo de manera que puedan realizarlas y les parezcan atractivas (Bragado, 1993, en Echeburúa, 1997a; March y Albano, 2004).

Técnicas de exposición.

La exposición a los estímulos ansiógenos son los más eficaces frente a las conductas de evitación. En último término se trata de suprimir el reforzamiento negativo de las conductas de evitación y de escape, habituar al niño a los estímulos ansiosos y proceder a un cambio de las expectativas temerosas del niño (March y Albano, 2004; Echeburúa, 1997a).

Se expone gradualmente al paciente a sus situaciones temidas hasta que se vuelva menos sensible a ellas. Mientras enfrenta la situación aprende diferentes maneras sencillas de reducir la ansiedad. Sólo con la repetición y la exposición prolongada, el paciente se va desensibilizando a las experiencias generadoras de la ansiedad (Bulacio, 2004).

Se puede hacer en imaginación o en vivo. No es recomendable utilizar la exposición en imaginación en niños de 10-11 años, ya que no son capaces de imaginar vívidamente el estímulo ansioso o de anticipar las respuestas de ansiedad tras la presentación simbólica de la situación. Sólo es útil en medida que ayuda a los niños a exponerse en vivo a situaciones de malestar (Echeburúa, 1997a; Friedberg y Mc Clure, 2005). Generar situaciones de exposición puede ser complicado, hay que tener presente que la exposición debe realizarse de un modo gradual, debe ser lo más realista posible y es necesario trabajar con flexibilidad e ingenuidad.

El tratamiento de exposición es más efectivo cuando se hace en régimen de autoexposición, es decir, sin apenas acompañamiento por parte de los familiares del niño, de esta manera se reduce la dependencia del paciente y facilita el mantenimiento de los resultados terapéuticos, que lleva consigo el control de las recaídas (Echeburúa, 1997a).

Desensibilización sistemática.

Se entrena a los pacientes para reconocer tensiones subjetivas o indicios que anuncian la ansiedad y responden a ellos con preferencias a un elemento

ambiental específico. Responden con técnicas previamente aprendidas como la relajación, luego se le pone ante una serie de estímulos graduados desde bajos hasta altos, de acuerdo con su capacidad para evocar la ansiedad (Peurifoy, 1999; Sarason y Sarason, 1986; Sharma, et al, 1991). En el caso de los niños es necesario haber entrenado previamente la relajación y ser dominada, se debe trabajar despacio y de manera reflexible, de modo que el niño sea capaz de visualizar imágenes y experimentar la ansiedad que las acompaña (Friedberg y Mc Clure, 2005). Ha demostrado tener ser muy efectiva en el control del temor y la ansiedad de los niños (Cía, 2002).

Exposición artificial.

Es la modificación activa de los patrones ideatorios desadaptativos; sustitución de estos pensamientos negativos por cogniciones y creencias más constructivas para la adaptación. Es para aquellas personas con percepción aberrante y problemática del riesgo por parte del paciente con trastorno de angustia o indefensión del paciente con depresión (March y Albano, 2004).

Relajación.

Consiste en una relajación muscular profunda para contrarrestar la ansiedad. El objetivo consiste en neutralizar la ansiedad en presencia de estímulos provocadores, lo que atenuará el nexo existente entre dichos estímulos (Bulacio, 2004; Sharma, et al, 1991).

Existen varios tipos de relajación, por ejemplo, la relajación muscular progresiva, la respiración diafragmática e imágenes positivas guiadas; antes de lograr la relajación es importante presentar y practicar con frecuencia diversas técnicas para disminuir la tensión (Nezu, et al, 2006; Peurifoy, 1999; Vázquez, 2001).

La relajación produce disminución de la tensión muscular, disminución de la frecuencia cardíaca y de la respiración generalmente se utiliza la relajación progresiva o de Jacobson (1929, en Bulacio, 2004; Smith, 2001), se enseña al

sujeto a relajarse por medio de ejercicios en los que tensa y relaja de forma alternativa sus distintos grupos musculares. El objetivo es que aprenda a reconocer las señales fisiológicas y ponga en marcha las habilidades aprendidas para reducirla. Otro tipo de relajación es la propuesta por Schultz (Cía, 2002; Gándara y Fuertes, 1999).

Es importante observar que para algunos pacientes la relajación produce un incremento en la ansiedad, para estos casos la relajación intensifica su percepción de falta de control, lo que genera mayor preocupación y angustia somática, además pasan mortificándose en el tiempo de tranquilidad, por eso el terapeuta debe de proceder con cautela recordando a sus pacientes su control durante y explicar que la relajación es un proceso que lleva tiempo y práctica (Nezu, et al, 2006).

Este método ha sido poco adecuado para los niños, sobre todo para los más pequeños porque muestran gran dificultad para alcanzar la relajación incluso para distinguir entre las sensaciones de tensión y de relajación. No obstante, se han diseñado unas variantes del método general de la relajación progresiva para poder aplicarlo, por un lado, a niños mayores y por otro, a niños menores de ocho años (Echeburúa, 1997a).

Técnicas de respiración.

El objetivo es enseñar un adecuado control voluntario de la respiración, para posteriormente automatizar este control de forma que su regulación se mantenga en las situaciones problemáticas. La respiración debe ser nasal, suave, rítmica, abdominal, lenta, profunda y cómoda para lograr los efectos de relajación buscados. Por lo regular con personas ansiosas lleva tiempo y es importante reforzar los pequeños logros obtenidos (Bulacio, 2004; Echeburúa, Corral y Amor, 2002; Peurifoy, 1999; Vazquez, 2001).

Refuerzo diferencial de la conducta apropiada.

Presta atención y premia la conducta apropiada, sobre todo si es incompleta con la conducta inadecuada. Premia al niño con fobia social, por ejemplo, por contestar el teléfono del despacho o del domicilio en ausencias de un adulto responsable (March y Albano, 2004).

Reestructuración cognitiva.

A menudo los pacientes no están conscientes de las ideas que albergan sobre la preocupación, la técnica se centra en identificar los pensamientos automáticos distorsionados y suposiciones disfuncionales. Se instruye a los pacientes a identificar las distorsiones cognitivas y reemplazarlas por ideas más adaptativas, por ello se enseña a los pacientes a revalorar sus ideas respecto a la inutilidad de tales inquietudes (March y Albano, 2004; Nezu, et al, 2006).

La reestructuración se concentra en desarrollar perspectivas opcionales más que el acontecimiento temido. Implica enseñar a alterar el procesamiento distorsionado de la información, además se enseña a evaluar de forma racional la probabilidad real en comparación con la posibilidad real de que ocurra lo temido (Peurifoy, 1999; Nezu, et al., 2006).

Es importante no tratar de minimizar el carácter catastrófico de los acontecimientos, en cambio, es necesario abordar la probabilidad de que ocurra el evento, así como las suposiciones desadaptativas acerca de la preocupación (Nezu, et al., 2006).

Los pacientes ansiosos generalmente elaboran pensamientos negativos e irreales acerca de sí mismos y del medio ambiente que los rodea. Es un proceso breve estructurado, en el cual el terapeuta cumple el papel didáctico y establece horarios de actividades y tareas. El objetivo es identificar presunciones erróneas, analizar su validez y estimular el rechazo de los pensamientos exagerados (Sharma, et al., 1991).

Terapia aversiva.

Se han aplicado a la conducta de ansiedad varias clases de estimulación aversiva, incluyendo condiciones físicas nocivas y castigos sociales como la desaprobación, el aislamiento, la crítica y las multas. El uso de los procedimientos terapéuticos de aversión requiere que se investigue sus efectos inmediatos y prolongados. También se mantiene una mejor comprensión de sus posibles efectos dañinos. Debido a que hay consideraciones éticas en este asunto, y hasta que se sepa más respecto a sus efectos, la terapia aversiva probablemente debe usarse sólo cuando fracasen otras terapias más benignas (Sarason y Sarason, 1986).

Extinción.

Se define como la eliminación de las conductas problema a través de la retirada de refuerzos positivos de los padres; técnicamente se define como la eliminación del efecto de refuerzo negativo de la conducta problema para que desaparezca. Un ejemplo en la ansiedad es dejar de tranquilizar al paciente; negativa de la madre tras el berrinche y la oposición del niño ansioso, a retirar una orden (March y Albano, 2004).

Automonitorización.

Esta técnica consiste en que el niño identifique las unidades subjetivas de malestar y así pueda describir en términos numéricos que es lo que siente, para ello se pueden utilizar actividades atractivas como por ejemplo un termómetro o burbujas. También puede ayudar a que el niño comprenda las relaciones entre los diferentes sistemas de respuesta que serían las situaciones, los pensamientos, las acciones y las emociones. Se pueden utilizar metáforas (Friedberg y Mc Clure, 2005).

Terapia racional emotiva.

En primer lugar se trata de alentar al niño a que explique el suceso y distinga los componentes necesarios de los componentes agradables del mismo. Se introducen modificaciones graduales en el circunstancia, además se le hace ver las alternativas y el sinsentido de su situación, así como las conductas adecuadas que ya no generen el malestar, además de el control de la ansiedad (Echeburúa, 1997a).

Autocontrol cognitivo.

Con esta técnica se le enseña al niño a tener autoinstrucciones para construir pensamientos de afrontamiento que cuestionan las creencias que acompañan a sus sensaciones de ansiedad. El punto es enseñar al niño cómo hacer frente a esos pensamientos para que posteriormente el sea capaz de realizarlo (Friedberg y Mc Clure, 2005).

Ensayos conductuales.

Facilitan la experiencia del temor como la desconexión entre la preocupación y la no ocurrencia del objeto temido. Se enseña a los pacientes a ver sus pensamientos como hipótesis, no como hechos para las cuales se busca evidencia que las apoye o las descarte. Se instruye a definir con claridad las ideas de las consecuencias percibidas de la prevención de la respuesta. Posteriormente se pide que compruebe la veracidad de sus ideas cuando no manifieste los comportamientos de evitación o preocupación. El individuo valora el resultado real en comparación con el predicho (Nezu, et al., 2006).

Entrenamiento en generalización.

Desplazamiento de los métodos y del éxito de las intervenciones centradas en los problemas hacia objetivos no abordados específicamente en el tratamiento. Exposición y prevención de la respuesta durante la imaginación de miedos

apropiados a la fase de desarrollo, aunque no suelten particularmente molestos o no sean abordados específicamente por la terapia (March y Albano, 2004).

Técnicas de modelado.

Estas técnicas están fundamentadas con la teoría del aprendizaje, facilitación y modificación de conductas por observación en un modelo de comportamientos adecuados por parte de un observador. Las técnicas de modelado se pueden presentar en modelado con modelos en vivo y modelado sin modelos en vivo (Echeburúa, 1997a).

Sin modelo sólo se le presentan al niño ansioso vídeos de otros niños que interactúan con los estímulos a los que él teme, también puede presentarse con cuentos o narraciones, otra manera es que el niño imagine escenas que generen ansiedad y de manera imaginaria el niño se presenta un modelo que sea poderoso para él, de manera que los dos realizan las tareas ansiógenas (Echeburúa, 1997a).

Y con modelo en vivo el niño puede observar a un adulto u otro niño que se enfrenta a los estímulos temidos sin experimentar una consecuencia negativa. En resumen las técnicas de modelado son de utilidad en la eliminación de miedos infantiles comunes. Sin embargo, en la reducción de las fobias el modelado sólo se reconceptualiza como una técnicas de exposición (Echeburúa, 1997a).

Autoinstrucciones.

Es una técnica muy usada en los trastornos de ansiedad, el objetivo es facilitar el afrontamiento de una determinada tarea o situación. Es de interés cuando lo que la persona se dice a sí misma interfiere para comportarse adecuadamente en una situación. El procedimiento consiste en enseñar a los niños a hablarse a sí mismos de otra manera. Las autoinstrucciones actúan como una

anticipación de consecuencias agradables, funcionan como un plan diseñado hacia un objetivo (Echeburúa, 1997a).

No son un instrumento de utilidad en sí mismo, pero parece un método adecuado como guía previa para la conducta adecuada. Se utiliza conjuntamente con la exposición o la práctica reforzada (Moreno, Blanco y Rodríguez, 1992, en Echeburúa, 1997a).

Ensayos conductuales.

Facilitan la experiencia del temor como la desconexión entre la preocupación y la no ocurrencia del objeto temido. Se enseña a los pacientes a ver sus pensamientos como hipótesis, no como hechos para las cuales se busca evidencia que las apoye o las descarte. Se instruye a definir con claridad las ideas de las consecuencias percibidas de la prevención de la respuesta. Posteriormente se pide que compruebe la veracidad de sus ideas cuando no manifieste los comportamientos de evitación o preocupación. El individuo valora el resultado real en comparación con el predicho (Nezu, et al., 2006).

Entrenamiento en generalización.

Desplazamiento de los métodos y del éxito de las intervenciones centradas en los problemas hacia objetivos no abordados específicamente en el tratamiento. Exposición y prevención de la respuesta durante la imaginación de miedos apropiados a la fase de desarrollo, aunque no suelten particularmente molestos o no sean abordados específicamente por la terapia (March y Albano, 2004).

Reestructurar el ambiente.

Cambios del ambiente o de los estímulos que reducen las conductas problemáticas o facilitan una conducta adaptada. Interviene para proteger al niño con ansiedad del castigo del profesor o de las burlas de los compañeros (March y Albano, 2004).

Terapia implosiva.

Está basada en la creencia de que muchos problemas, como los trastornos de ansiedad son frutos de experiencias dolorosas anteriores, y que para “desaprenderlos” debe volverse a crear la situación original para poder experimentarla sin dolor y llegar así a la disminución de la ansiedad. Los terapeutas conductuales les piden a sus pacientes que imaginen escenas relacionadas con determinados conflictos y que vuelvan a sentir la ansiedad de esas escenas. Los terapeutas se esfuerzan por aumentar el realismo de la representación y por ayudar al paciente a eliminar la ansiedad, creando una situación desprovista de las condiciones adversas originales. Además se ayuda al paciente a adoptar formas de conducta más maduras (Sarason y Sarason, 1986).

Jerarquías de los estímulos.

Lista de estímulos fóbicos ordenada de menor a mayor, junto con puntuaciones de la calificación del termómetro del miedo. Lista singular de objetos de exposición clasificada según la puntuación del termómetro del miedo; un mismo paciente puede tener una o varias jerarquías, según la complejidad de los síntomas, por ejemplo un paciente concreto puede tener una o varias jerarquías diferentes para los miedos sociales y para la ansiedad de separación (March y Albano, 2004).

Técnicas de afrontamiento.

El objetivo de estas técnicas es lograr que las personas se enfrente a los problemas ordinarios de la vida cotidiana, por ejemplo miedo a la separación de los padres, educación de los hijos, situación económica, enfermedades, etcétera. El procedimiento utilizado es el análisis concretos de los diferentes problemas y preocupaciones, la generación de las posibles soluciones, el análisis de las ventajas e inconvenientes de cada una de ellas y, por último, la toma de decisiones, así como la evaluación posterior a ellas.

Esta puede ser una técnica adecuada para hacer frente a las preocupaciones ordinarias; para las preocupaciones catastróficas y los tipos de ansiedad, sin embargo, puede resultar más indicada la exposición a las preocupaciones y al impedimento de las conductas evitativas o confirmatorias (Echeburúa, et al., 2002).

3.6. Caso Clínico.

A continuación se presenta el caso del niño M referente a un problema de ansiedad que mantuvo durante un largo periodo de su infancia ya que al tener cinco años fue cuando presento una situación que le causo ansiedad la cual fue reforzada durante su crecimiento por la madre la cual también presenta ansiedad.

3.6.1. Presentación del caso.

Nombre: Misael. B. G. Edad: 11 años.

Escolaridad: Cursa el último grado de primaria.

Dirección: Cuautitlán.

Actividades: En ocasiones sale a jugar fútbol en un campo que está enfrente del lugar donde vive, asiste a la escuela.

Vive con su mamá, que se llama A. G., ella atiende la cooperativa en la escuela de M, tiene dos hermanos casados que ya no viven en su casa, un hermano vive con ellos, quien se dedica al comercio y su hermana asiste a la secundaria por las mañanas.

Amistades: tiene varios amigos, que ha conocido en el salón de clases, además menciona que se le facilita hacer amigos.

Tiempo libre: Resuelve libros de crucigramas o sopas de letras, juega videojuegos, sale a jugar fútbol.

Religión: Católica.

REMISIÓN.

Su mamá lo trae al servicio por segunda ocasión, la primera vez, dejó de asistir a consulta ya que en cada sesión solo lloraba. Pero al entrar próximamente a la secundaria la mamá decide traerlo otra vez.

MOTIVO DE CONSULTA.

El motivo de consulta lo refiere su mamá como un problema de M, el niño no quiere quedarse solo en su casa, lo que desespera a la mamá, además ella cree que de pequeño pudo haber sufrido algún tipo de abuso, porque él no se queda solo.

3.6.2.- Entrevistas con M y A.

Entrevista con A:

Se realizaron entrevistas a M y a su mamá de manera separada, en la entrevista con la señora se obtuvo la siguiente información:

Se presentó a consulta la Sra. de 56 años de edad, mamá de M que tiene 11 años, ella refiere que le gustaría que “el niño se componga.... Que salga adelante, que pudiera decir qué le paso...” (sic). Desde hace aproximadamente 5 años su esposo se fue de la casa. Se dedicaba a vender comida a las maestras de la escuela de M, menciona que “a partir de lo de M” (sic) le da miedo la gente, afirma que no le gusta salir ni estar con otras personas.

Acude al servicio debido a que su hijo M no desea quedarse solo, lo cual inicio aproximadamente hace seis años, cuando M iba al kinder, en ese entonces lo dejó ir a jugar con un niño más grande ya que éste era muy insistente, después de un rato, señala que le pareció que ya había pasado mucho tiempo de que no veía a M, cuando iba a buscarlo lo encontró con cara de asustado, llorando, no podía hablar y pálido. Al preguntarle al niño mayor le dijo que no le hizo nada a M. La señora afirma que a partir de este momento M cambió “ya no

jugaba... le daba miedo que lo tocaran... nadie lo podía tocar... y por lo mismo ya no terminó el kinder... no comía" (sic), refiere que respiraba agitadamente al dormir y sollozaba. A partir de esto M ya no pudo quedarse solo, por lo que la señora tuvo que estar presente durante las clases en primer y segundo año de primaria, sin embargo refiere que tuvo diferentes problemas para convencer a los maestros de M sobre su problema, por lo que tuvo que ingeniárselas para poder estar dentro de la escuela, aunque no en las clases de M.

En la actualidad la señora afirma que la situación se ha agravado debido a que tiene la necesidad de salir a trabajar para tener mayores ingresos, además de que M está a punto de salir de la primaria y la señora piensa que tendrá mayores dificultades para convencer a los maestros o autoridades de la nueva escuela para que le permitan estar dentro de la misma con cualquier pretexto.

La señora afirma que en una ocasión su hijo mayor interrogó a M sobre lo que pasó hace varios años, cuando empezó esta situación, a lo que M señaló que el niño lo encerró, sin embargo la señora cree que paso algo más, ya que desconoce lo que paso exactamente, si M fue golpeado o algo más; en la actualidad el problema se presenta cuando la señora le dice a M que debe irse a trabajar, ya que éste no quiere quedarse solo. La señora se pregunta si el hecho de que ella sea más enérgica y lo ha regañado porque no puede quedarse solo le perjudique en lugar de ayudarlo, además, señala que su hija Yazbel también lo regaña, diciéndole que debe quedarse solo porque su mamá debe irse a trabajar. Menciona que aunque su esposo se fue hace varios años, considera que no le hace falta, sin embargo afirma que si M estuviera bien y se quedara en su casa ella podría irse a trabajar y tener mayores ingresos económicos.

Menciona sentirse culpable debido a que dejó pasar mucho tiempo sin tratamiento para "el problema" (sic) de M y ha llegado a pensar que eso le afecta, también señala que hay temporadas en las que la conducta de M se agrava "hay días en que nomás me desaparezco tantito y empieza a llorar" (sic). La señora relata que M era un niño normal, pero después no permitía que alguien lo tocara aunque en la actualidad ya tolera a otros niños. En ocasiones

si logra quedarse solo y ha llegado a tener la iniciativa de ofrecerse a ir a la tienda o cumplir con algunos mandados, sin embargo la señora piensa que quizá se ve presionado por lo que su hermana le dice “¿Cómo le va hacer mi mamá si no tiene dinero?, aguántate M” (sic) por lo que la señora se siente desesperada. Por otro lado, hay temporadas en las que M está tranquilo, pero se mantiene observando a la señora, que esté cerca de él, e incluso algunos familiares le han dicho que parece “marica” porque anda detrás de ella. Ocasionalmente, la señora se sale sin avisar y cuando regresa generalmente lo encuentra llorando y le debe de dar explicaciones sobre el motivo por el cual salió y detalles de lo que hizo; menciona que ha sido necesario que les explique a los diferentes maestros de M cual es su situación, aunque hay algunos que no la entienden y tiene diferencias con ellos, en ese sentido relata que en una ocasión que dejaron castigado a M más tiempo al final de la clase, menciona que se sentía desesperada por no verlo, comenzó a desesperarse y buscarlo en las tiendas cercanas, preguntando a las personas por él; cuando M salió, fue corriendo a buscarla, asustado. En esa ocasión M no quiso comer, la señora afirma que se deprime, “se espanta... como que se enferma” (sic), en esa ocasión la señora considera que la maestra no tuvo razón para castigarlo, ya que aunque hablo con ella, la maestra le dijo que no iba a consentir sus groserías (de M).

La señora refiere que hay ocasiones en que M se queda solo, principalmente cuando va al mercado, sin embargo, en esas ocasiones le pregunta “¿Seguro que te quedas?... ¿De veras no vas conmigo?” (sic) por lo que a veces termina acompañándola, aunque inicialmente haya dicho que se quedaba en casa. Por lo general esto pasa cuando la señora sale a algún lugar siempre le pregunta para confirmar, por lo que finalmente M termina acompañándola. Cuando se queda solo, M le dice que no se tarde, por lo que el tiempo máximo que lo ha dejado solo es de una hora, cuando eso sucede M se queda viendo tv, después se pone a jugar; es importante destacar que la señora no le permite salir a jugar a un campo cercano, cuando lo llegan a invitar sus compañeros de la escuela, y le dice “no vayas, mejor quédate aquí” (sic).

Cuando le han ofrecido trabajos fuera de la escuela, principalmente de asear casas, M la ha acompañado, pero no se siente contenta, aunque él le ayuda; también le ofrecieron un empleo en una fábrica y pese a que le han dicho que puede llevar M, no lo ha hecho debido a que no le parece adecuado que M se quede ocho horas sin hacer nada o viendo cómo ella trabaja, por otro lado, si decidiera irse a trabajar M no se quedaría tranquilo.

En la actualidad la señora se preocupa por cómo M se va a relacionar con sus compañeros en la secundaria, ya que son niños más grandes e inquietos y considera que no van a entender lo que le pasa a M, por lo que de solo pensar en esas situaciones la señora se siente mal y ha llegado a pensar en que estaría bien que M ya no vaya a la secundaria refiere que tiene miedo, ya que no va a poder hacer lo mismo en la secundaria "y si se pone a llorar en la secundaria., ¿Cómo le vamos hacer para irlo a dejar?" (sic), aunque M le dice que a la secundaria ya no lo va ir a dejar y a traer, por lo que M ya está haciendo planes para cuando vaya a la secundaria. Cuando platican sobre la secundaria él está tranquilo. La señora piensa que es importante que vaya con los maestros y les comente sobre el problema de M, de su problema de que no se puede quedar solo.

Respecto a las actividades recreativas de M, afirma que estuvo asistiendo a unas clases de entrenamiento en fútbol durante un mes, pero no siguió aunque no le dio ninguna explicación sobre por qué ya no quería ir. La señora refiere que M sólo se siente mal y llora cuando ella no puede estar con él, y refiere dos ejemplos, uno referido al fallecimiento de un familiar y otra cuando el abuelo de M estuvo enfermo, sin embargo, debido a que M llora y no quiere quedarse solo no ha podido asistir a estas situaciones e incluso cuando ella ha estado enferma, M ha ido con ella al hospital y permanecer con ella, aunque está prohibido. En esas situaciones, la señora piensa que no puede explicarles a todos lo que le pasa a M.

En ocasiones, M ha llegado a ir a la tienda solo, sin embargo, la señora no lo deja ir porque tiene que pasar por la casa del niño que lo agredió cuando era más chico, por lo que mejor la señora no lo deja que vaya. En ocasiones, la

señora piensa que M se siente culpable porque casi no ayuda en la casa, por lo que cuando se llega a necesitar algo, él se ofrece a ir, pero regresa muy agitado, por lo que la señora cree que no está bien que él vaya porque ve al muchacho que lo agredió, aunque esto le ha ocurrido en otros lugares (como en la colonia donde vive su abuela). La señora afirma que no ha podido hacer nada por M (llora)... “y como ahora, me pongo a llorar y se que no soluciono nada con llorar” (sic).

Entrevista con M:

Las actividades que le gusta realizar a M son llenar crucigramas o sopas de letras, le gusta jugar fútbol, en algún tiempo estuvo en un equipo pero ya no quiso asistir. Menciona que tiene muchas amistades con quienes juega en la escuela y en ocasiones llegan a ir por él para jugar en el campo que está frente a su casa. Le gusta dar estrategias de solución de problemas, al igual que las matemáticas.

Al pasar los años, M empieza a tener muchos amigos y a dejar que haya contacto físico con sus compañeros de la escuela. Le gusta salir con ellos al campo, M dice que la razón porque él asiste a consulta es porque le da miedo quedarse mucho tiempo solo, pero que si puede hacerlo. Al preguntarle a M si recuerda lo que paso ese día, menciona que sólo se acuerda de que el niño lo encerró en un cuarto y le pego con un candado en el estómago.

Actualmente M se puede quedar solo pero ante la insistencia de la mamá de preguntarle si se queda solo o va, él termina por decir que si la acompaña, pero él en ocasiones no quiere ir porque se siente cansado o simplemente no tiene ganas.

A M le da miedo quedarse demasiado tiempo solo en su casa o que lo dejen esperando en la calle, en este momento piensa que le pudo pasar algo a su mamá o hermana en la calle, o que lo pueden jalar en la calle si se queda esperando, esto trae como consecuencia que sienta dolores en el estómago y en ocasiones frío o que le resulte difícil dormir. Lo que él siente es tristeza y

preocupación. Lo que hace es llorar, los ojos se le ponen rojos, deja de hacer su tarea, ve la televisión o se queda sentado en un sillón. Busca una forma de distraerse, su hermana también lo distrae o le dice que esté tranquilo. Al pasar un rato deja de pensar, desea que su mamá llegue y se distrae con pasatiempos.

Evaluación

Se realizaron 3 evaluaciones estandarizadas, aplicando las siguientes pruebas:

- Escala de afrontamiento para adolescentes. (ACS): Tiene por objetivo la evaluación de las estrategias de afrontamiento y proporciona información sobre cómo actúan los adolescentes en diversas situaciones, es un inventario de autoinforme consta de 80 elementos, 79 cerrados y uno abierto, la escala es tipo likert de 5 puntos y evalúa 18 estrategias de afrontamiento.
- Escala de ansiedad manifiesta en niños (Revisada). (CMAS-R). Es un instrumento que mide la ansiedad, brinda información a los padres, maestros, niños y a otros profesionales para ayudarlo a adaptarse. Es útil como parte de la evaluación de la personalidad de los niños. Evalúa el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes, consta de 37 reactivos, está dividida en cuatro subescalas, ansiedad fisiológica, inquietud/hipersensibilidad, preocupaciones sociales/ concentración y una escala de mentira
- Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil. (TAMAI). El objetivo es la autoevaluación de inadaptación personal social escolar y familiar y actitudes educadoras de los padres, comprendiendo diferentes factores en cada una de las áreas. Incluye así mismo dos escalas auxiliares de fiabilidad consta de 175 proposiciones a las que se responde positiva o negativamente, se divide en tres niveles dependiendo de la edad. Consta de siete factores.

En la escala de ACS se encontró que en las áreas de buscar apoyo social, acción social, buscar ayuda profesional, son acciones que no realiza frecuentemente por lo que estas habilidades hay que aumentar, aunque casi no

se concentra en resolver un problema, es una habilidad, sin embargo en la mayoría de las ocasiones tiende a esforzarse y obtiene éxito, en la mitad de las ocasiones se hace ilusiones por lo que esto hay que reducirlo al igual que ignorar un problema, también hay que aumentar el afrontamiento ya que en menos de las ocasiones se queda sin hacer nada de algunas habilidades que presenta y que hay que aumentar. En reducción de tensión casi no se autoinculpa no busca ayuda espiritual se fija en lo positivo, busca diversiones relajantes y tiene una distracción física.

En el CMAS-R se obtuvo que la ansiedad se manifieste en mayor medida en el área fisiológica ya que le cuesta trabajo dormir, en la escala de hipersensibilidad he inquietud obtuvo una puntuación media alta, en lo cual no dice que se agobia, le preocupa lo que le vayan a decir y se siente mal con él. En la última escala de preocupaciones sociales y preocupación sólo es un poco alta ya que siente que los demás piensan que no hace bien las cosas. Y en la escala de mentira se encontró que la evaluación es correcta.

En el TAMAI se puede observar que se preocupa demasiado, un aspecto que concuerda con el ACS es la somatización. Otro aspecto a resaltar es la disnomía, que es la inconformidad con las reglas, y en cuanto a como percibe la educación de su madre, es como un estilo despreocupado.

3.6.3.- Análisis Descriptivo

En la Tabla 1 se muestra sintetizada la información recabada en las entrevistas realizadas a M y A.

Tabla 1 CUADRO SECUENCIAL INTEGRATIVO: Miedo a quedarse solo

Antecedentes	Organismo	Respuesta	Consecuencia
<p>V. Externas. Puede pasar en la calle o en su casa. En ese momento no hay nadie. Tarda su mamá en regresar. En la tarde, a veces en la escuela.</p> <p>Historia. Misael iba al kinder, en ese entonces lo dejo ir a jugar con un niño más grande ya que éste era muy insistente, después de un rato, señala que le pareció que ya había pasado mucho tiempo de que no veía a Misael, cuando iba a buscarlo lo encontró con cara de asustado, llorando, no podía hablar y pálido. Al preguntarle al niño mayor le dijo que no le hizo nada a Misael</p>	<p>Habilidades. Le gusta dar estrategias de solución a los problemas. Resolver juegos u operaciones matemáticas. Resolver crucigramas. Tener muchos amigos. Habilidad para exponer ante un grupo.</p> <p>Inhabilidades. Quedarse solo. Buscar ayuda con otras personas.</p> <p>Hist. De reforzamiento. Su mamá no lo deja salir porque le da miedo, además le pregunta constantemente para confirmar si quiere ir, por lo que termina acompañándola. Al ser la señora ansiosa, le ha enseñado a Misael ha ser ansioso.</p>	<p>Motora. Llora. No hace la tarea. Se pone a ver la tv. Se queda sentado en un sillón</p> <p>Cognitiva. Les puede pasar algo. Me van a jalar en la calle. Se siente triste.</p> <p>Fisiológica. Dolor de estómago. A veces frío.</p>	<p>Inmediatas. Individuales. Internas. Pasa un rato y deja de pensar. Desea que su mamá llegue.</p> <p>Externas. Se distrae con tareas o pasatiempos.</p> <p>Otros. En ocasiones su hermana lo distrae o le dice que esté tranquilo.</p> <p>Mediatas. Otros. Su hermana lo regaña por no poderse quedar sólo.</p>

3.6.4 Análisis Funcional

Se presentó a consulta M., un niño de 11 años que estudia el sexto años de primaria, la queja principal lo refiere su mamá como un problema de M ya que no quiere quedarse sólo en casa, además ella cree que el pequeño pudo haber sufrido algún tipo de abuso, por lo que él no puede quedarse sólo, a través de la información recabada se puede identificar que el motivo de consulta es ansiedad al quedarse sólo en casa o en la calle, manifestándose a nivel fisiológico con dolor de estómago y en ocasiones la sensación de frío; a nivel motor llora, no hace la tarea, se pone a ver la televisión y se queda sentado en un sillón, M en ese momento piensa que les puede pasar algo (mamá y hermana), que lo pueden jalar en la calle y se siente triste.

Lo anterior es altamente probable cuando su mamá tarde en regresar a casa, por las tardes, cuando se queda sólo en la casa y se puede presentar en la calle o en su casa.

Esto trae como consecuencia inmediata que piense en un rato en lo que les puede pasar a su mamá y a su hermana, también desea que su mamá llegue, se distrae con tareas o pasatiempos y en ocasiones su hermana lo distrae o le dice que esté tranquilo.

Esta situación comenzó cuando M iba al kinder, en ese entonces su mamá lo dejó ir a jugar con un niño más grande ya que este era muy insistente, después de un rato, señala que le pareció que ya había pasado mucho tiempo de que no veía a M, cuando iba a buscarlo lo encontró con cara de asustado, llorando, no podía hablar y pálido. Al preguntarle al niño mayor le dijo que no le hizo nada a M, a partir de entonces se considera que M tiene un problema y no lo dejan salir porque le da miedo, además le pregunta constantemente cuando ella sale, si quiere ir por lo que termina acompañándola. Otro aspecto es que la señora es ansiosa por lo tanto M aprendió esas conductas.

Se puede identificar que M cuenta con las siguientes habilidades, le gusta dar estrategias de solución a los problemas, resuelve juegos u operaciones de

matemáticas, resuelve crucigramas, tiene muchos amigos, tiene la habilidad de exponer ante un grupo, sin embargo, cuenta con las siguientes inhabilidades, no puede quedarse sólo y busca ayuda con otras personas.

Del análisis anterior se identificarán las siguientes áreas de oportunidad: se le enseñará habilidades de afrontamiento que le permitan solucionar y controlar la situación de quedarse sólo ya sea en su casa o en la calle, además modificará algunas ideas irracionales, como creer que siempre que salga su mamá le puede ocurrir algo. Por lo que se trabajará principalmente con las consecuencias.

Por lo que el objetivo de intervención es que el usuario adquiera un repertorio de habilidades de afrontamiento, las cuales presentará en la situación problema, además de modificar sus pensamientos irracionales. Por ende se plantea que si a M se le proporcionan las habilidades necesarias y pensamientos más adaptativos para controlar su estado de ansiedad, entonces podrá desempeñarse favorablemente en su vida cotidiana.

3.6.5. Diseño de intervención.

Se realizó un estudio de caso único, las sesiones se realizaron semanalmente y de aproximadamente una hora. En total se realizaron 10 sesiones. El programa de intervención se puede consultar en el Anexo 1. El diseño de intervención fue A-B, primero se realizó una evaluación y posteriormente una intervención.

3.6.6. Resultados.

Las actividades según refiere M cumplieron su objetivo. En la primera sesión al realizar el tren de los miedos M fue capaz de describir la relación de su miedo con las personas, lugares, sentimientos y pensamientos así como las sensaciones en el cuerpo, posteriormente para identificar el grado de ansiedad en diferentes situaciones; la actividad de las burbujas fue de fácil aplicación y

de esta manera identificó los diferentes niveles de ansiedad y su control sobre ellos.

En la segunda sesión al realizar la “replica de los miedos” y “las terribles sospechas”, promovieron que M cargara con las tarjetas que se realizaron y realizará más, cambiándolas con frases que le ayudarán a replicar su miedo, además comentó lo siguiente, “Si hasta ahorita no les ha pasado nada, se saben cuidar no les puede pasar nada, pero siempre queda la posibilidad, eso no quiere decir que les vaya a pasar”, menciona que cuando se tarda su mamá y empieza a sentir miedo y a pensar, saca las tarjetas y las ocupa, deja de pensar en eso y se pone hacer otra cosa.

En la tercera sesión se empleó la relajación, a partir de ello M menciona que en alguna ocasión su mamá se tardó e hizo la relajación y utilizó las tarjetas y se sintió mucho mejor, además menciona que se puso a jugar con sus videojuegos, por lo que el tiempo pasó y cuando se dio cuenta ya había pasado mucho tiempo, ya estaba llegando su mamá y no sintió miedo.

En la cuarta sesión se utilizó la técnica de las terribles sospechas, en esta ocasión para la situación de temor a quedarse solo en la calle, identificó los pensamientos de manera más rápida y realizó un cuestionamiento de estas sospechas, además para apoyar las nuevas ideas se le dieron algunas recomendaciones para tener cuidados en situaciones en las que se encuentre fuera de casa, mencionó que algunas ya las conocía y ahora podría emplear otras.

Por lo que mencionó, se puede decir que hizo uso de las técnicas aprendidas en las sesiones, las utilizó si se tardaba mucho su mamá. Refirió que en ocasiones aún pregunta su mamá aunque ya no le insiste tanto. Aunque su mamá sigue pensando que cuando va con ella es porque tiene miedo y no porque quiere ir.

M, a partir de que decidió asistir a consulta, menciona que se animó a participar en el vals de salida de sexto, ha vuelto asistir a los entrenamientos de fútbol,

los sábados juega en la cancha de enfrente de su casa, tiene ganas de ir a clases de Tae Kawn Do, además que ha buscado distracciones como ver la televisión, jugar videojuegos, hacer la tarea, salir con sus amigos un rato. Refiere que se siente mucho mejor, los dolores de estómago han desaparecido y se siente más seguro.

Quiere ir a una salida por parte de la escuela pero no quiere que vaya su mamá a cuidarlo, sale un poco más seguido a jugar al campo que está enfrente de su casa. En general reporta cambios en cuanto ha sentirse mejor en su casa quedándose solo. Por lo que se puede decir que las actividades fueron efectivas.

Al realizarle a la mamá de M una evaluación vía telefónica seis meses después de la intervención, comentó que M al entrar a la secundaria notó que presentaba algunos síntomas de ansiedad como no podía dormir días antes de entrar a la secundaria pero que lo consideraba como una emoción a algo nuevo ya que los síntomas desaparecieron en pocos días, a partir de ahí menciona que M va muy bien en la escuela, tiene varios amigos y está a gusto con el taller que eligió. Además asiste los fines de semana a juegos de fútbol, así como también va a casas de compañeros a realizar trabajos en equipo. Cabe mencionar que se va solo a la escuela y regresa del mismo modo.

A, reporta cambios significativos ya que comenzó a trabajar en una fabrica, por lo que ya no tiene tantas preocupaciones económicas, así como la relación con sus hijos ha cambiado en el sentido que ya no los vigila tanto.

Por lo que se puede decir que la intervención ha tenido efectos a mediano plazo y ha cambiado la dinámica de la familia, favoreciendo las actividad que cada uno de ellos realiza, como el hecho de que M se esté desempeñando de manera favorable en la escuela y en su vida personal.

CONCLUSIONES

En la actualidad, debido a los cambios en la sociedad la vida de las personas han cambiado y los problemas que los aquejan también. En el caso de los niños, la terapia se realizaba ante conductas disruptivas, pero recientemente las quejas por las cuales se presenta a consulta son otras, por ejemplo depresión, y particularmente en este caso, la ansiedad.

La ansiedad en los niños es un problema que recientemente se ha comenzado a tratar, ya que es una situación que provoca que los niños no se adapten a su vida cotidiana afectando así su desarrollo personal, escolar, familiar y/o social .

En el caso de la ansiedad infantil se encuentra que la ansiedad, antes de ser un padecimiento problema en la persona, es una respuesta de alerta ante una situación de peligro. Muchas veces, si no se tiene un control sobre ella genera un estado de ansiedad excesiva, la cual comienza desde una edad temprana manifestándose en la vida de la persona como un estado de poca adaptación que causa un problema en su cotidianidad (Cardoze, 1986; Echeburúa, 1997a y Gándara y Fuentes, 1999).

Se ha encontrado que la ansiedad no surge de un solo factor, sino que influyen en ella otras situaciones que se van conjuntando, por ejemplo la separación de los padres, enfermedades crónico degenerativas, ansiedad en los padres, o incluso una situación en la cual la persona no tenga el control para afrontarla, de modo que su miedo sea excesivo y llegue a convertirse en un trauma o una fobia hacia otros aspectos relacionados y entonces necesite ayuda psicológica (Bulacio, 2004; Echeburúa, 1997a; Gándara y Fuentes, 1999 y Ramos et. al., 2002).

La ansiedad ha sido estudiada en un principio por la medicina, posteriormente la psicología ha ido ganando terreno en su investigación proponiendo desde los principios del condicionamiento clásico y operante, del aprendizaje vicario y

de la teoría cognitiva como una forma de adquisición y mantenimiento (Cía, 2002; Echeburúa, 1997a; Sandler y Davidson, 1977 y Sharma, et al, 1991).

La ansiedad es un problema que se manifiesta de diferentes formas en cada una de las personas, ya que la manera en las que se adquiere y mantiene es diferente, por lo que el tratamiento siempre varía de una persona a otra dependiendo de cómo se manifieste la ansiedad.

En el caso que se presentó en este trabajo se aborda desde un marco de la terapia cognitivo conductual, la cual explica el tipo de relación que existió entre el niño y su madre así como también con su ambiente. En este caso, la adquisición de la ansiedad se debió a una situación estresante en donde el paciente no contaba con las habilidades de afrontamiento necesarias en esta situación, además de ser reforzado por la sobreprotección de la madre, así como un aprendizaje observacional que se desarrolló con la estrecha relación que se dio a partir de un evento “traumático” para M en una edad temprana, lo cual propició su mantenimiento a lo largo de su primera infancia y parte del comienzo de su adolescencia.

Las investigaciones realizadas en este tema se enfocan en las técnicas de intervención identificando cuáles son más eficaces solas y en conjunto, en una investigación presentada por Orgilés (2003) realizó una recopilación de diferentes programas de intervención en el problema de ansiedad en niños, en los que se reporta eficacia en el uso del modelado, la exposición en vivo, role playing, relajación, autoinstrucciones y refuerzo contingente.

Echeburúa (1997a) menciona que los tratamientos más efectivos son dirigidos y activos, y la mayor eficacia comprobada se encuentra en las técnicas de exposición, el aprendizaje de habilidades adecuadas, relajación y reestructuración cognitiva. En lo que se encuentra apoyado el programa de intervención, en el cual se utilizó la reestructuración cognitiva, la relajación con imaginería y la psicoeducación, en las que se enseñaron algunas habilidades de afrontamiento. Como menciona Echeburúa (1997a) se debe de tener en consideración que las técnicas de relajación, la imaginería y la reestructuración

no son recomendadas para los niños muy pequeños ya que aun no cuentan con el desarrollo cognitivo necesario para la aplicación de estas técnicas como el lenguaje, la capacidad para comunicar sus propias experiencias o la comprensión del problema que les ocurre, en este caso la edad del paciente es de 11 años, por lo que se considera que las técnicas fueron adecuadas a su nivel cognitivo. En este sentido importa señalar que aunque las técnicas son las mismas que se utilizan con los adultos, se deben modificar en la forma en que se presentan, por ejemplo para que el niño entendiera la relación de todos los factores que influyen en el problema se le presentó en forma de tren, con estaciones unidas por vías, las cuales estaban entrelazadas de manera que se identificara una relación entre todos los elementos; para la explicación de la ansiedad como una situación problema, se ejemplificó con una montaña rusa que sale de control, en general se utilizaron metáforas en todas las actividades de manera que el niño se viera interesado y participara.

Un aspecto importante es que para describir lo que sentía y qué intensidad de ansiedad tenía, se le ejemplificó con una escala de burbujas con una numeración del 1 al 10, a partir de este ejercicio todo lo que sentía o el grado de ansiedad en diferentes situaciones lo ejemplificaba con la escala siendo el 10 lo más alto, de esta forma fue fácil identificar el grado de ansiedad ante diversas situaciones.

El entendimiento del problema por parte del niño lo ayuda a comprender la situación y aprende la forma de identificar los factores que intervienen y qué se puede hacer ante ella, en la cual se muestra el problema como un escenario controlable y promueve su participación en la solución y desempeña un papel activo en otro tipo de problemas.

Para que la intervención sea adecuada y la situación a tratar sea la correcta se debe de realizar una evaluación. Como mencionan Echeburúa (1997) y March y Albano (2004) la evaluación se debe realizar a los padres, al niño y aplicar pruebas psicométricas, para fundamentar el tratamiento aplicado para resolver el motivo de consulta. En este caso se realizó en primera instancia una entrevista a la madre ya que fue ella quien llevó al niño a consulta, ella

mencionaba que su hijo tenía un problema y que sospechaba que podría haber sido abusado, posteriormente se realizó una entrevista al niño en la cual se obtuvo que la situación fue que un niño más grande lo golpeó con algo en el estómago, por la edad del niño se asustó y desencadenó el problema de no dejar a su mamá, también se realizaron los test, en los cuales se obtuvo que sus principales síntomas eran fisiológicos y cognitivos, el nivel de ansiedad y las escasas habilidades de afrontamiento con las que contaba. En este caso se puede resaltar el valor de la evaluación, ya que haciéndola de manera integral con los padres, y el niño, y así como el apoyo de las pruebas psicométricas se obtiene un panorama más amplio y se comprende mejor el problema. De esta manera también se averiguaron las relaciones de interdependencia con la madre, ya que también presenta síntomas de ansiedad.

Un aspecto que en este trabajo que no se realizó pero que es importante resaltar, es una intervención con la madre, ya que como es ella la persona con la que el niño ha convivido más y la que ha mantenido las conductas de ansiedad, promover un cambio en ella rompería la interdependencia entre los dos ya que la intervención realizada en M logró un cambio importante en el control de su conducta problema, pero cabe resaltar que es significativo que la madre también recurra a ayuda profesional para mantener así un cambio permanente en ambos, puesto que el comportamiento de los padres se manifiesta posteriormente en la conducta de los niños.

Los resultados obtenidos apoyan que hubo éxito en el objetivo del programa de intervención ya que M disminuyó de forma considerable el nivel de ansiedad que le provocaba quedarse sólo en casa aplicando sus nuevas habilidades, teniendo un cambio en la dinámica familiar, escolar y social. Ahora M afronta favorablemente las situaciones que antes le provocaban ansiedad como el hecho de quedarse sólo en casa sin tener síntomas de ansiedad y controlar sus emociones. Por lo tanto, se puede hablar de un tratamiento exitoso ya que no sólo provocó un cambio en M si no también en A, cambiando la dinámica y disminuir las situaciones en las que se daban los refuerzos para el mantenimiento de ansiedad tanto en M como en A.

Para que el tratamiento funcionara, se requirió de parte de M el compromiso con la terapia así como su participación activa tanto en las tareas como en actividades en la sesión. Parte de ello es la colaboración del terapeuta en la adecuada selección de técnicas para el caso específico teniendo en cuenta lo que en la literatura se encontró, como el nivel cognitivo y las habilidades con las cuales el niño contaba, además de adaptar las técnicas a la edad de M, de modo fuera comprensible y conveniente para él. Algo muy importante fue el *rapport* que se dio al inicio, puesto que al tener una buena relación entre terapeutas y paciente es mayor el beneficio dentro de la terapia.

Por ello es de considerar el *rapport* con los niños es primordial puesto que promueve la confianza y al paso de las sesiones existe una mayor apertura del niño, así como el compromiso y responsabilidad que en el niño se desarrolle. La terapia debe ser activa para que el niño tenga un mayor interés y se involucre en las actividades ya sea dentro o fuera de la terapia. Las técnicas deben ser creativas, de modo que no sean tediosas y el terapeuta las dirija de manera comprensible y dando siempre instrucciones claras, apoyándose en ejemplos o, dependiendo del caso, modelando las actividades antes de que el paciente las realice. La edad es sumamente importante por el nivel cognitivo que tenga desarrollado el niño, ya que de esa manera será capaz de realizar una actividad.

Los estudios de intervención en ansiedad en la infancia son recientes y no muy numerosos, por lo que en muchos casos no se dispone de datos suficientes para hallar un mayor número de variables moduladoras de los logros terapéuticos. Con base en los resultados la intervención, se concluye que la terapia cognitivo-conductual debería considerarse como el tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad en la infancia.

		del cuerpo. Para después hacer la relajación. Después de terminada la relajación se le enseñará a realizar una relajación sólo con respiraciones.	Comentará cual de las dos formas le agrada más y crea que le sea más conveniente ocupar.	algo le pueda pasar a su mamá. Practicarla en casa.		
1.6	Reestructuración cognitiva: introducción de nuevas alternativas de pensamiento y búsqueda de evidencia.	Se utilizará la técnica de las terribles sospechas, pero en esta ocasión para la situación de quedarse solo en la calle.	Contestará a las preguntas de las terribles sospechas, cuestionando hasta que grado es verdad lo que piensa.	Recordarlas y escribirlas para cuando espere solo en la calle. Haga 5 frases nuevas de afrontamiento.	Utilice las tarjetas en las situaciones de ansiedad y cree nuevas frases de afrontamiento.	Tarjetas de afrontamiento.
1.7	Psicoeducación: explicación de los cuidados en la calle.	Se le darán algunas reglas sobre cuidados cuando se esta en la calle	Posteriormente escuchar las reglas y hacer comentarios de ellas.	Escribir cuáles son las precauciones que uno debe de tener en la calle. Mencionar y explicar los cuidados en la calle.	Mencionar al menos siete cuidados en la calle	Reporte verbal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ávila, A., Jiménez, F., Ortiz, P. y Rodríguez, C. (1992) *Evaluación en psicología clínica*. Volumen 1. Salamanca: Amarú ediciones.

Bauer, M., Lopez-Ibor, J., Lamprecht, F., Machleidt, W., Rohde-Dachser, C. y Rose, H. (2004). *Psiquiatría, Trastornos Psicósomáticos y Psicoterapia*. Barcelona: Masson.

Baumann, U. (1994). *Manual de Psicología Clínica*. Barcelona: Herder.

Baumann, U. y Perrez, M. (1994). Sistemática de la investigación Clínica-Psicológica: Introducción. Cap 1, pp. 5-26. En: M. Perres y U. Baumann (comps) *Manual de psicología clínica*. Barcelona: Herder.

Bautista, D. (2002). *Propuesta de un formato de entrevista estructurada bajo el enfoque cognitivo-conductual dirigida al criminal sentenciado por robo*. Tesis de licenciatura, UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Estado de México.

Beitman, B., y Yue, D. (2004) *Psicoterapia. Programa de formación*. España: Masson.

Bernstein, D. y Nietzel, M. (1986). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw-Hill.

Brown, T. (2004). Clasificación de los trastornos de ansiedad. En D., Stein y E., Hollander. (Compiladores). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Cap. 2, pp. 15-32. Barcelona: Ars Médica.

Buendía, J. (1999). *Psicología Clínica; perspectivas actuales*. Madrid: Pirámide.

Bulacio, M. (2004). *Ansiedad, estrés y práctica clínica*. Argentina: Akadia.

Caballo, V. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. México: Siglo XXI.

Caballo, V., Aparicio, C. y Catena, A. (1995). Modelos conceptuales en psicopatología y terapia. En: V. Caballo, G. Buela, y J. Carribles (Compiladores). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Vol. 1 Cap. 2, pp. 85-134. México: Siglo XXI.

Cardoze, D. (1986). Los síntomas psicósomáticos de la ansiedad infantil. *Boletín de la sociedad Panameña de Pediatría*. 15 (1) pp. 125-131. disponible en http://www.denniscardoze.com/docs/sintomas_psicosomaticos_ansiedad.pdf

Castanedo, C., Brenes, J. Lucke, H., Rodriguez, G. y Thomas., P. (1993). *Seis enfoques psicoterapéuticos*. México: Manual Moderno.

Cía, A. (2002). *La ansiedad y sus trastornos*. Buenos Aires: Polemus.

Compas, B. (2002). *Introducción a la Psicología Clínica*. México: Mc Graw-Hill.

Compas, B. y Gotilb, I. (2003). *Introducción a la psicología clínica*. México: Mc Graw-Hill.

Cortada, N. (2002). *Técnicas psicológicas de evaluación y exploración*. México: Trillas.

Cueli, J. (1994). *Teorías de la Personalidad*. México: Trillas.

Cullari, (2001). *Fundamentos de psicología clínica*. México: Pearson Educación.

De la Puente, M., Labrador, L., y García, M. (1998). La observación conductual. En: J. Labrador, J. Cruzado, y M. Muñoz. (Compiladores). *Manual de Técnicas de Modificación y terapia de Conducta*. Cap. 4, pp. 56-77. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. (1997a). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En: G. Buela y J. Sierra. *Manual de evaluación psicológica: fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Cap. 7, pp. 135-153. Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E. (1997b). *Trastornos de ansiedad del infante*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. (2002). Tratamiento psicológico. En J. Bobes, M. Bousoño, M. Portilla y P. Sáiz. (Compiladores). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Cap. 9.2 pp. 183-202. España: Ars Medica.

Ellis, A. (1980). *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Barcelona: Paidós.

Fadiman, J. y Frager, R. (1979). *Teorías de la Personalidad*. México: Harla.

Farré, J. (2004). *Recomendaciones Terapéuticas en Terapia Cognitivo Conductual*. Barcelona: Ars Médica.

Fernández, H. (1992). *Fundamentos de un Modelo Integrativo en Psicoterapia*. México: Paidós.

Fernández, R. (2004). *Educación Psicológica. Conceptos, Métodos y estudios de caso*. Madrid: Pirámide.

Fernández-Ballesteros, R. (1993). *Evaluación Conductual hoy: un enfoque para el cambio en la psicología clínica y de la salud*. Madrid: Pirámide.

Flores, R., Jiménez, S., Ramírez, P. y Vega, C. (2007). *Depresión y Ansiedad en estudiantes Universitarios. Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. Vol. 10 (2), 94-104. Disponible en red: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

Flowers, J. y Boorem, C. (1992). Métodos de simulación y Role-playing. En: F. Kanfer y A. Goldstein. (Compiladores). *Como ayudar al cambio en psicoterapia. Un manual de métodos*. Cap. 6, pp. 217-263. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Fontaine, O. (1981). *Las terapias del comportamiento*. Barcelona: Herder.

Freeman, A. y Di Tomaso, R. (2004). Conceptos Cognitivos de la ansiedad. En: D., Stein, y E., Hollander. *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Cap. 6, pp. 85-95. Barcelona: Ars Médica.

Friedberg, R. y Mc Clure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes: conceptos iniciales*. Barcelona: Paidós.

Gándara, J. y Fuertes, J. (1999). *Angustia y ansiedad. Causas, síntomas y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Garfield, S. (1979). *Psicología clínica. El estudio de la personalidad y la conducta*. México: El Manual Moderno.

Godoy, A. (1991). El proceso de la Evaluación Conductual. En: V. Caballo. *Manual de Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Goldfried, M. (1981). *Técnicas Terapéuticas Conductistas*. Buenos Aires: Paidós.

Goldfried, M. (1996). *De la terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de integración*. España: Desclée de Brouwer.

Goldfried, M. y Davidson, G.(1981). *Técnicas terapéuticas conductistas*. Barcelona: Paidós.

Goldstein, A. y Krasner, L. (1987). *La psicología aplicada moderna*. Madrid: Pirámide.

Goldstein, W. (2001). *Iniciación a la psicoterapia: Guía práctica*. Madrid: Alianza.

González G. (2006). *El niño la Educación. Programa de Desarrollo Humano. Niveles primaria y secundaria*. México: Trillas.

González, J. y Rodríguez, M. (1998). Psicoterapia autógena y psicoterapia cognitivo-conductual. *Psiquis*. 19 (7), pp. 259-264.

Guibelalde, G. (2001). *Escuelas de la psicología clínica contemporánea*. Buenos Aires: Brujas.

Halgin, R. y Krauss, S. (2004). *Psicología de la anormalidad: Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos*. México: Mc Graw Hill.

Harrison, R., Beck, A.T. y Buceta, J.M. (1984). Terapia Cognitiva de la depresión: una introducción al desarrollo histórico, los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck. *Revista General y Aplicada*, 39 (4), 623-633.

Kantowitz, B. (2001). *Psicología experimental. Cómo entender las investigaciones psicológicas*. México: Thomson Lear.

Karoly, p. (1992). *Métodos operantes*. En: Kanfer, F. y Goldstein, A. *como ayudar al cambio en psicoterapia. Un manual de métodos*. Cap. 7, pp. 263-304. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Kanfer, (1980). *Principios del aprendizaje en la teoría del comportamiento*. México, Trillas.

- Kantor, J. (1990). *La evolución científica de la psicología*. México: Trillas.
- Kazdin, A. (1989). *Historia de la modificación de conducta*. España: Descleé de Brouwer.
- Kazdin, A. (1996). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno.
- Kendall, P. y Norton-Ford, J. (1998). *Psicología Clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.
- Kristal, L. (1980). *Comprenda la Psicología. Una perspectiva personal*. México: Dimsa.
- Liebert, R. y Liebert, L. (1999). *Personalidad: estrategias y temas*. México: Thomson.
- Llavona, L. (1998). La entrevista conductual. En: J. Labrado, J. Cruzado y M. Muñoz. (Directores). *Manual de Técnicas de Modificación y terapias de conducta*. Cap. 3, pp. 71-114. Madrid: Pirámide.
- Mackay, D. (1978). *Psicología clínica: teoría y terapéutica*. México: CECSA
- Machleidt, W., Lopez-Ibor, J., Bauer, M., Lamprecht, F., Rose, H. y Rohde-Dachser, C. (2004). *Psiquiatría, Trastornos Psicósomáticos y Psicoterapia*. Barcelona: Masson
- Mahoney, M. (1988). *Cognición y Modificación de Conducta*. México: Trillas.
- Manrique, P. (1982). *Sistemas Terapéuticos contemporáneos aplicados*. México: Trillas.

March, J., y Albano, A. (2004). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. En: D., Stein y E., Hollander (Compiladores). *Tratado de los trastornos de ansiedad*. Cap. 31, pp. 497-511. Barcelona: Ars Médica.

Martorell, J. (1996). *Psicoterapias, Escuelas y conceptos básicos*. Madrid: Pirámide.

Martínez, M. (1999). *Naturaleza de la Ciencia. En la Psicología Humanista, un nuevo paradigma psicológico*. México: Trillas.

Meinchenbaum, D. (1988). Terapias cognitivo-conductuales. En: S. Linn y J. Garske (Directores). *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos*. Cap. 8, pp. 331-363. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Mensh, J. (1971). *Psicología clínica. Ciencia y profesión*. Buenos Aires: Paidós.

Miguel, J. (1995). Evaluación de la ansiedad y de los trastornos de ansiedad. En: Roa, A. (Compilador). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Cap. 3, pp. 121-155. Madrid: CEPE.

Monedero, C. (1984). *La historia clínica psicopatología infantil*. Madrid: Biblioteca nueva.

Montiel, C. y Peña, J. (2001). Discrepancia entre padres y profesores en la evaluación de problemas de conducta y académicos en niños y adolescentes. *Revista de neurología*. 32 (6) pp. 506-511. disponible en red: http://www.cpinfantil.com/pdf/pdf_padreHijos.pdf

Morris, R. (1992). Métodos para la reducción del miedo. En: F. Kanfer, y A. Goldstein (Editores). *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Un manual de métodos*. Cap. 8, pp. 309-365. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Muñoz, M. (1988). Forma de Proceder y Pasos en el desarrollo de la evaluación Conductual. En: J. Labrado, J. Cruzado y M. Muñoz (Editores).

Manual de Técnicas de Modificación y terapias de conducta. Cap. 9, pp. 284-318. Madrid: Pirámide.

Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de Educación psicológica.* Madrid: Síntesis.

Neisser, U. (1990). *Perspectivas de la ciencia cognitiva.* Barcelona: Paidós.

Nezu, A., Maguth, C. y Lombardo, L. (2006). *Formulación de casos y diseño de Tratamientos Cognitivo Conductuales.* México: Manual Moderno.

Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A. y Cándido, J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficiencia. *Anales de psicología.* 19 (2) pp. 193-204.

Parks, C. y Hollon, S. (1993). Evaluación Cognitiva. En: A. Bellack y M. Hersen, (Editores). *Manual Práctico de Evaluación de Conducta.* Cap. 6, pp. 185-237. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Peinado, J. (1978). *Psicología Clínica.* México: Porrúa.

Pérez, A. (1988). *Psicología clínica. Problemas fundamentales.* México: Trillas.

Pérez, M. (1996). *La psicoterapia desde un punto de vista conductista.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Pérez, R. (1988). ¿Qué es la investigación clínica y dónde se ubica dentro de la investigación científica? En: B. Alarcón, J. De la Fuente, y A. Velázquez. (Compiladores). *Fundamentos de la investigación clínica.* Cap. 1, pp. 9-21. México: Siglo XXI

Perry, M. y Furukawa, M. (1992). Métodos de Modelado. En: F. Kanfer y A. Goldstein (Editores). *Cómo ayudar al cambio en psicoterapia. Un manual de métodos.* Cap. 5, pp. 167-217. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Phares, E. y Trull, T. (2003). *Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.

Pons, G., y Barrio, V. (1995). El efecto del divorcio sobre la ansiedad en los hijos. *Revista de Psicología en Línea Psicothema*. 7 (3) pp. 489-497. Disponible en red: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=996>

Ramírez, A. (1993). *Psicología Clínica: temas fundamentales desde la práctica*. Salamanca: Amaru.

Ramos, Y., González, J. y Ballesteros, C. (2002). Trastornos de ansiedad generalizada en la infancia y adolescencia. En: J., Bobes, N., Bousuño, M., Portiño y M., Sáiz. *Trastorno de ansiedad generalizada*. Cap. 6, pp. 73-105. Barcelona: Ars Médica.

Río, C. (2005). *Guía ética profesional en psicología clínica*. España: Pirámide.

Reinecker, H. (1994). La intervención orientada a la terapia de la conducta. En: U. Baumann y M. Perrez (Editores). *Manual de psicología clínica*. Cap. 8, pp. 156-189. Barcelona: Herder.

Rimm, D. y Cunningham, M. (1988). Terapias de Conducta. En: J. Garske. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos*. Cap. 7, pp. 283-331. Bilbao: Desclée de Brower.

Río, C. (2005). *Guía ética profesional en psicología clínica*. España: Pirámide.

Roa, A. (1995). Bases Metodológicas de la evaluación en psicología clínica. En: A. Roa (Compilador). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Cap. 3, pp. 75-115. Madrid: CEPE.

Rodríguez, C. (2008). *De los principios de la psicología a la práctica clínica*. España: Pirámide.

Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente. Práctica, implicaciones y teoría*. México: Paidós.

Rotter, J. (1965). *Psicología clínica*. México: Hispanoamericana.

Salama, H. y Castanedo, C. (1991). *Manual de psicodiagnóstico, intervención y supervisión para psicoterapeutas*. México: Manual Moderno.

Salinas, J. (2005). La Aplicación de Técnicas Cognitivo y Conductuales para el Tratamiento de la Depresión: Un Caso. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2 (1). Disponible en red: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

Schraml, W. (1975). *Psicología clínica*. Barcelona: Herder.

Sandler, J. y Davidson, R. (1977). *Psicopatología. Teoría del aprendizaje, investigación y aplicaciones*. México: Trillas.

Sarason, I., y Sarason, B., (1986). *Psicología Anormal. Los problemas de la conducta desadaptada*. México: Trillas.

Serrano, M. (2001). Algunas consideraciones históricas en torno de la terapia cognitivo conductual: ¿sincretismo?. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 4 (1). Disponible en red: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

Sharma, R., Andriukaitis, S. y Davis, J. (1991). Estados de ansiedad. En: R. Sharma (Compilador). *Psiquiatría. Diagnóstico y Tratamiento*. Cap. 6, pp108-120. México: Panamericana.

Sineiro, C., y Paz, M. (2007). Labilidad emocional/afectividad negativa y regulación emocional en hijos de madres ansiosas. *Revista de Psicología en Línea Psicothema*. Disponible en red: <http://www.psicothema.com/pdf/3408.pdf>

Skinner, B. (1986). *Ciencia y conducta humana*. España: Martínez Roca.

Smith, J. (2001). *Entrenamiento ABC en relajación*. España: Desclée de Brouwer.

Stumphauzer, J. (2004). *Terapia conductual*. México: Trillas.

Vargas, J. y Ibáñez. J. (2002) Reflexiones sobre la psicoterapia Cognitivo-Conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 5 (1). Disponible en red: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

Vázquez, I. (2001). *Técnicas de respiración y relajación*. Madrid: Síntesis.

Vásquez, J., Marquina, I. y López, I. (2004). *Problemas de Conducta y resolución de conflictos. Pautas de actuación*. España: Ideas Propias.

Watson, R. (1971). Una breve historia de la psicología clínica. En J. Mensh (Compilador). *Psicología clínica. Ciencia y profesión*. Cap. 3, pp. 85-119. Buenos Aires: Paidós.

Weiner, I. (1992). *Métodos de Psicología Clínico*. México: Limusa

Wiens, A. (1992). La entrevista de evaluación. En I. Weiner (Compilador) *Métodos en psicología clínica*. Cap. 1, pp. 17-75. México: Limusa.

Wolpe, J. (1979). *Práctica de la terapia de la conducta*. México, Trillas.

Zarazua, E. (1990). *La importancia de al Empatía, congruencia y la consideración positiva incondicional del terapeuta Centrado en la Persona*. Tesis de Licenciatura, UNAM, Facultad de estudios superiores Iztacala. Estado de México. FES Iztacala.

ANEXO

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.1.- El usuario desarrollará la habilidad de identificar sus estados de ánimo.
- 1.2.- Identificará los componentes cognitivos, emocionales, interpersonales, fisiológicos y conductuales del miedo.
- 1.3.- Describirá en unidades subjetivas su malestar.
- 1.4.- Desarrollará pensamientos de afrontamiento más adaptativos.
- 1.5.- Adquirirá la habilidad de relajarse en la situación problema.
- 1.6.- Desarrollará pensamientos de afrontamiento al quedarse sólo en la calle.
- 1.7.- Describirá las reglas del cuidado personal en la calle.

Obj. Específico	Procedimiento.	Act. Terapeuta.	Act. Paciente.	Tareas.	Criterio de cambio.	Técnica de evaluación.
1.1	Psicoeducación: explicación del cambio de los estados de ánimo	Describir cómo los estados de ánimo pueden cambiar por diversas situaciones	Escuchará al terapeuta y describirá diferentes situaciones en el transcurso de un día.	Llenará diariamente hoja de registros, en el cual anotará sus estados de ánimo.	Mencionar cómo cambia su estado de ánimo en el transcurso de un día.	Autorregistro.
1.2	Psicoeducación: Explicar las relaciones de pensamientos, lugares, sensaciones y conductas de miedo	Se realizó el tren de los miedos, esta actividad tiene como fin enseñar al niño la relación de su miedo con las personas, lugares, sentimientos, pensamientos y sensaciones en el cuerpo. Se le indicó que tenía que dibujar un tren y pasar por	Dibujar un tren, e ir contestando las preguntas de las estaciones.	Preguntar a sus compañeros cuáles son sus principales miedos y qué hacen para enfrentarlos. Llenar un registro el cual	Describirá cómo se relacionan los elementos en dos situaciones.	Autorregistro.

		diferentes estaciones, que es la de la mente, del cuerpo, de la emoción, de la acción, del quién y del dónde. Contestando las preguntas marcadas en cada estación.		se mencione la relacione de los elementos de la ansiedad.		
1.3	Psicoeducación: Explicar los niveles de ansiedad.	Se realizará la actividad de las burbujas, en la cual tendrá que anotar sus principales preocupaciones e iluminar del 1 al 10 las burbujas que representarán el grado de preocupación. De esta manera podría ver que puede controlar algunos miedos y que no todos son iguales.	Anotará sus preocupaciones en cada hilera de burbujas e iluminará el nivel que represente cada uno de ellos en su vida diaria.	Preguntar a personas mayores cuáles son sus miedos y qué hacen para enfrentarlos. Llenar un registro donde se distingan los diferentes niveles de ansiedad.	Distinguirá los diferentes niveles de ansiedad para las diferentes preocupaciones.	Autorregistro.
1.4	Reestruración Cognitiva: Introducción de pensamientos alternativos y búsqueda de evidencia.	Se realizará la réplica de mis miedos y las terribles sospechas. Se le darán ejemplos de frases para replicar su miedo. Se le explicará que el miedo lo puede controlar y es normal, ya que es una	Después de escuchar el ejemplo él escribió 5 frases para replicar su miedo en tarjetas que cargará con él. Contestará a las	Cargar consigo las tarjetas, hacer otras frases de replica a los miedos. Usar las tarjetas cada que comience	Utilice las tarjetas en las situaciones de ansiedad y cree nuevas frases de afrontamiento.	Tarjetas de afrontamiento.

		<p>condición de ser humano. En las terribles sospechas, se contestará algunas preguntas, dirigidas a buscar la evidencia de sus sospechas y cuestionar hasta que grado pueden ser ciertas.</p> <p>Hará un juego de roles, con dos dibujos, el de las terribles sospechas y la del usuario.</p>	<p>preguntas de las terribles sospechas, cuestionando hasta qué grado es verdad lo que piensa. Para ello dibujará un personaje para sus terribles sospechas y uno que lo representará a él.</p> <p>Con los dibujos se le dirán sus terribles sospechas y con la ayuda de sus frases las replicará.</p>	<p>a sentir miedo cuando se queda solo en su casa.</p>		
1.5.	Relajación	<p>Se realizará una relajación progresiva y con imaginación, retomando el ejemplo del tren para enseñar lo que es estar tenso y relajado, se utilizarán las extremidades</p>	<p>Seguirá las instrucciones de la terapeuta en la relajación. Practicará la relajación con respiración.</p>	<p>Realizará la relajación cuando comience a sentir miedo o empiece a pensar que</p>	<p>Distinga entre la relajación y la tensión.</p>	<p>Observación de relajación.</p>

		del cuerpo. Para después hacer la relajación. Después de terminada la relajación se le enseñará a realizar una relajación sólo con respiraciones.	Comentará cual de las dos formas le agrada más y crea que le sea más conveniente ocupar.	algo le pueda pasar a su mamá. Practicarla en casa.		
1.6	Reestructuración cognitiva: introducción de nuevas alternativas de pensamiento y búsqueda de evidencia.	Se utilizará la técnica de las terribles sospechas, pero en esta ocasión para la situación de quedarse solo en la calle.	Contestará a las preguntas de las terribles sospechas, cuestionando hasta que grado es verdad lo que piensa.	Recordarlas y escribirlas para cuando espere solo en la calle. Haga 5 frases nuevas de afrontamiento.	Utilice las tarjetas en las situaciones de ansiedad y cree nuevas frases de afrontamiento.	Tarjetas de afrontamiento.
1.7	Psicoeducación: explicación de los cuidados en la calle.	Se le darán algunas reglas sobre cuidados cuando se esta en la calle	Posteriormente escuchar las reglas y hacer comentarios de ellas.	Escribir cuáles son las precauciones que uno debe de tener en la calle. Mencionar y explicar los cuidados en la calle.	Mencionar al menos siete cuidados en la calle	Reporte verbal.