



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA**

RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

**“NO ENTIENDO QUÉ PASÓ: TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO INFANTIL”**

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A:

LIC. LAURA AMADA HERNÁNDEZ TREJO

**DIRECTORA DEL REPORTE:
DRA. EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO**

**REVISORA:
MTRA. MARÍA FAYNE ESQUIVEL Y ANCONA**

**COMITÉ TUTORIAL:
DRA. ANDRÓMEDA VALENCIA ORTIZ
MTRA. VERÓNICA RUÍZ GONZÁLEZ
DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**

MÉXICO D.F.

AGOSTO 2013



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.

**Investigación realizada gracias al Programa
UNAM-DGAPA-PAPIIT IN308310**

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, por su apoyo, comprensión y paciencia. Por acompañarme a alcanzar una meta más.

A la Dra. Emilia Lucio por su guía, enseñanzas, acompañamiento, consideración, pero muy especialmente por su paciencia y apoyo incondicional.

A la Mtra. Fayne Esquivel por encaminarme y dirigir mi vocación a este noble camino de la psicoterapia infantil.

A todas las Profesoras del programa por compartir sus conocimientos y experiencias.

Por transmitir su pasión por este campo, volviéndose grandes modelos y ejemplos.

A mi esposo por ayudarme a quitar el dedo del renglón

Índice

No entiendo qué pasó: Trastorno por Estrés Postraumático infantil

RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. ANSIEDAD	11
VULNERABILIDAD A LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD	11
FACTORES DE VULNERABILIDAD BIOLÓGICA	12
FACTORES DE VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA	13
CAPÍTULO 2. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	21
FENOMENOLOGÍA	21
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN NIÑOS	26
ETIOLOGÍA	28
COMORBILIDAD	31
TRATAMIENTO DEL TEPT EN NIÑOS	33
CAPÍTULO 3. PSICOTERAPIA DE JUEGO	38
PSICOTERAPIA DE JUEGO GRUPAL	43
PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	45
CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA	53
JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	53
OBJETIVOS	53
TIPO DE ESTUDIO	54
ESCENARIO	54
INSTRUMENTOS Y MATERIALES	54
PROCEDIMIENTO	55
PRESENTACIÓN DEL CASO	56
MOTIVO DE CONSULTA	57
DESCRIPCIÓN CLÍNICA DEL MENOR	57
FAMILIOGRAMA	58
COMPOSICIÓN Y RELACIONES FAMILIARES	58
HISTORIA DEL DESARROLLO Y ANTECEDENTES CLÍNICOS	59
RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN	60
FORMULACIÓN DE CASO	62
PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA CASO E	63
OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN Y TÉCNICAS PROPUESTAS	66
CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO	67

FASE1. EVALUACIÓN	68
FASE 2. PREPARAR EL CAMINO.....	72
FASE 3. APRENDIENDO HABILIDADES.....	75
FASE 4. CIERRE	79
FASE 5. CONSOLIDACIÓN DE RESULTADOS	80
CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	106

Resumen

Se presenta el caso de **E**, un niño de ocho años de edad, quién cursaba el tercer año de primaria. Es el segundo hijo de un matrimonio joven. El motivo de consulta es que el niño tiene mucho miedo a la delincuencia. Este miedo se desarrolló a partir del robo a su hogar cuando él tenía tres años, ningún miembro de la familia se encontraba en el hogar durante el robo, es cuando la madre recoge a sus hijos del kinder y los lleva a casa, que descubren lo que había sucedido. A partir de este evento **E** comienza a vivir con miedo, por la noche ve las noticias y teme a toda la violencia que se exhibe en ellas, escucha rumores de robos de niños y teme que eso le suceda a él por lo que siempre pide a su madre que lo recoja de la escuela a tiempo. Al examen clínico se constata un menor temeroso, que se asusta con facilidad, y que evita comentar los temas relacionados con el robo. Mediante la evaluación se encontró que su nivel de maduración precepto motora se encuentra por debajo de lo esperado para su edad, esto explica que su rendimiento en el ámbito escolar no sea el óptimo, En el ámbito emocional se observan indicadores de retraimiento, timidez, ansiedad, inseguridad y desorganización; estas conductas se relacionan con los sucesos que fueron reportados como angustiantes para él, provocando que también manifieste inseguridad en la realización de sus actividades diarias, afectando no sólo su desempeño escolar sino también su desarrollo socioemocional, en todos los contextos (familia, escuela, iguales). **E** fue diagnosticado con un Trastorno por Estrés Postraumático crónico cumpliendo con los criterios propuestos en el DSM-IV-TR. Para la intervención en este caso se ha propuesto una aproximación cognitivo conductual mediante terapia de juego, así como apoyo pedagógico para ayudar a **E** a superar sus dificultades académicas. Para el trabajo con **E** se proponen los siguientes focos de intervención: identificación de sensaciones, pensamientos y formas de afrontamiento así como los estímulos que las provocan para poder desarrollar otras que le sean más funcionales y adaptativas; proporcionarle una sensación de control y eficacia, así como la reducción de la ansiedad.

Palabras clave: *Trastorno por estrés postraumático, psicoterapia infantil, terapia de juego*

INTRODUCCIÓN

En los últimos años nuestro país ha experimentado un aumento en el índice de la delincuencia, dejando a nuestra población expuesta ya sea de manera directa o indirecta. No se cuentan con datos precisos sobre el impacto que tiene la delincuencia en la salud mental de las personas, únicamente se cuenta con algunos datos estadísticos sobre su aumento por tipo de delito y población a la que afecta. A continuación se ofrece un breve panorama sobre algunos de estos datos relacionados con sucesos violentos que pueden generar reacciones postraumáticas.

Se estima que la incidencia delictiva a escala nacional ha mantenido una tendencia relativamente estable en el lapso de enero de 1997 a junio de 2002; entre 104 592 a 130 492. Cabe señalar que el problema delictivo se ha acentuado en las zonas urbanas; según la primera Encuesta Nacional sobre Inseguridad (ENSI-1) realizada en 2002, Por otra parte, la Segunda Encuesta sobre Inseguridad (ENSI-5, 2008) reporta a los robos como el delito más frecuente, Estos antecedentes nos hablan de la importancia de conocer la magnitud del problema en México con el fin de plantear, tanto estrategias de prevención de las secuelas a mediano y a largo plazo ante la exposición a sucesos violentos, como necesidades específicas de servicios y tratamientos en el ámbito de la salud mental. Durante 2009 la población reportó enterarse sobre materia de Seguridad Pública en el país por medio de noticieros de televisión (90.8%), los cuales cada vez muestran menor censura, además de que los padres en muchas ocasiones se hacen acompañar por sus hijos mientras observan estos programas exponiéndolos a la violencia que en ellos se muestra. Obtener datos realmente fidedignos sobre el aumento del crimen resulta muy complicado, debido a que las autoridades sólo consideran las denuncias en los Ministerios Públicos, pero se sabe que por cada ocho delitos que se comenten sólo se denuncia uno (ICESI). La población encuestada contestó que como consecuencia de los altos niveles de delincuencia que se viven en el país, ya no permiten que sus hijos menores salgan a las calles (62%), esto repercute directamente en las oportunidades de socialización promoviendo el aislamiento de los menores por evitar que sean víctimas de delitos.

Esta breve revisión brinda un marco general de la situación de la delincuencia en nuestro país, en la cual se inserta el caso que se presenta en este estudio sobre el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) y que se irá abordando y planteando a continuación.

Cuando se trabaja en centros comunitarios surgen una serie de situaciones difíciles a las que el psicólogo debe enfrentarse y por lo que tiene que ser persistente para lograr el éxito a corto y largo plazo de sus intervenciones. Entre tales dificultades se encuentran escasos recursos económicos, sociales, familiares, entre otras que son específicas a cada comunidad. Una de las sedes para la formación de psicoterapeutas infantiles en el programa de Maestría en psicología clínica es el Centro Comunitario “Julián MacGregor y Sánchez Navarro”, el cual se ubica en el Distrito Federal, en la colonia Ruíz Cortínez, perteneciente a la delegación Coyoacán, los usuarios de atención psicológica de este centro son habitantes de esta misma colonia o de colonias cercanas que tienen más o menos los mismos orígenes. Esta colonia es reconocida como una de las más densamente pobladas dentro de esta delegación. Sus orígenes se remontan a los inicios de la década de los setentas, a causa de constantes invasiones territoriales por parte de personas provenientes de diferentes estados de la República Mexicana en busca de espacios para vivir se aceleró el crecimiento del número de habitantes de esta zona, lo que provocó que los asentamientos humanos carecieran de una política de planeación urbana que garantizara los servicios y la mejor distribución del espacio público. Es en esta comunidad donde se atiende el caso que se presentará en este trabajo.

El centro comunitario se maneja a través de lo que es conocido como “lista de espera”, en la cual las personas que solicitan el servicio registran sus datos así como el motivo principal por el cual requieren de atención psicoterapéutica. En esta lista se hace evidente una gran demanda de atención a niños que padecen temores intensos, ansiedades expresadas en síntomas somáticos, y uno que otro caso donde el motivo de consulta es haber sido víctima de la delincuencia. De esta lista se eligió el caso de **E**, quien había sido víctima de un robo a su hogar cuando él tenía 3 años, sin embargo nunca había recibido atención psicológica para la resolución de ese suceso, aunque sí había presentado síntomas como timidez y ansiedad. Es por motivos escolares, que su madre decide llevarlo a consulta. Tras una exhaustiva evaluación de **E** se concluyó que en realidad padecía desde hacía ya varios años un Trastorno por Estrés Postraumático crónico, el cual había afectado su desarrollo normal en las áreas de socialización, cognitiva, y afectiva. Al inicio se planteó la posibilidad de un trastorno de tipo orgánico que pudiera ser

el causante de su retraso escolar, sin embargo, éste se descartó después de las primeras sesiones de intervención cuando se comenzaron a ver mejoras en las diversas áreas.

Aunque, el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) no es el único resultado importante consecuencia de un evento traumático, como ser víctima de un crimen, sí es el más frecuente y el más estudiado en poblaciones adultas.

Al iniciar el trabajo con **E** comenzaron a surgir múltiples interrogantes para las que era muy difícil encontrar respuestas en la literatura. Los textos sobre este trastorno brindan principalmente explicaciones teóricas y propuestas de tratamiento para poblaciones adultas, de las que se sabe, cuentan con muchos más recursos para sobrellevar y superar este padecimiento, no así las poblaciones infantiles, las cuales plantean un reto constante por el proceso de desarrollo en el que se encuentran. Por supuesto que existen muchos modelos de trabajo para el abordaje de esta entidad, pero muy pocos de ellos han mostrado ser más fructíferos en términos tanto del entendimiento científico y tratamiento, como el modelo cognitivo conductual, el cual fue la base para la comprensión e intervención de este caso.

La terapia cognitivo-conductual dentro de un paradigma de juego permite al niño aprender y cambiar su propia conducta volviéndose un participante activo dentro de su tratamiento (Knell, 1996). La integración de factores tanto cognitivos como conductuales dentro de la intervención psicoterapéutica proporcionan el enlace que promueve la participación del niño en un tratamiento enfocado, y orientado al logro de objetivos. El terapeuta ayuda al niño a través del juego a tener una mejor comprensión de sus pensamientos, sentimientos, y así mejorar su visión del mundo (Esquivel, 2010).

Este reporte intenta dar respuesta a las interrogantes que surgieron en el proceso de tratamiento, así como presentar los resultados obtenidos. Este caso fue muy importante en mi crecimiento personal y profesional. Ayudó a la consolidación de mis habilidades de diagnóstico, evaluación y, terapéuticas, caminando siempre de la mano de mis supervisoras.

Con la intención de ilustrar lo anterior, se decidió organizar este texto en seis capítulos. El primer capítulo presenta los factores presentes en el individuo incluso desde el nacimiento hasta la infancia, que lo pueden hacer propenso a desarrollar trastornos de ansiedad en cualquier etapa de su vida.

En el segundo capítulo se pretende hacer una revisión extensa de la categoría diagnóstica: Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), abordando no sólo los criterios planteados para el DSM-IV-TR (APA, 2001) sino aquellos ajustes que se han hecho para facilitar el diagnóstico en niños. Se presentan las explicaciones teóricas que ayudan a la comprensión de las variables antecedentes al trastorno que después se convierten en focos de intervención en el tratamiento. Finalmente se revisan los factores más importantes a considerar para las propuestas del tratamiento con niños.

Los planteamientos básicos y técnicas de trabajo de la psicoterapia de juego cognitivo-conductual se presentan en el tercer capítulo, también se consideran los antecedentes que tiene la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento del Trastorno por Estrés Postraumático, con el objetivo de ofrecer una base teórica suficiente para la comprensión del caso de un niño con estrés postraumático.

La presentación de los resultados de evaluación, las variables determinantes en el trastorno presentado por **E**, así como sus datos de identificación, fueron abordados en el cuarto capítulo. En éste también se hace la presentación del programa de intervención que se desarrolló para dar atención a los síntomas presentados por el niño.

En el quinto capítulo se lleva a cabo el análisis del proceso terapéutico, ilustrando mediante viñetas aquellas sesiones que resultan de mayor relevancia para la comprensión del proceso y que permitieron la solución del conflicto presentado por **E**.

Finalmente en el sexto capítulo se presentan las conclusiones y discusión sobre el caso, esto se hace mediante el análisis de los objetivos logrados, el cambio en la vida del niño, el resultado a largo plazo, y las experiencias y aprendizaje como terapeuta en este proceso de formación.

CAPÍTULO 1. ANSIEDAD

Muchos adultos ansiosos reportan que sus problemas se originaron en la niñez. Para la mayoría de los niños, muchos miedos ocurren como una parte normal del desarrollo en la infancia. Sin embargo, en algunos casos, estos miedos se intensifican y persisten a lo largo del tiempo, impidiéndoles disfrutar las actividades propias de su edad, lo anterior justifica que reciban atención clínica especializada. Con frecuencia los niños ansiosos presentan problemas de competencia social, dificultades para relacionarse con sus pares y en la adaptación escolar.

Se ha demostrado que algunos factores familiares se encuentran asociados con el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad infantil. Estos factores incluyen la ansiedad y la depresión parental, el conflicto familiar, la discordia marital, y el reforzamiento parental de las estrategias evitativas de afrontamiento (Cobham y Dadds 1999, Barrett, Rapee, Dadds, & Ryan, 1996, Bruch, Heimberg, Berger, & Collins, 1989, Turner & Beidel, 1989). Además, existe evidencia que sugiere que la ansiedad en los niños está significativamente relacionada con una constante retroalimentación negativa y restricción parental (Barrett et al., 1996, Krohne & Hock 1991). Se ha demostrado que los procesos familiares incrementan las respuestas evitativas en los niños ansiosos (Barrett et al., 1996).

VULNERABILIDAD A LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Los factores de vulnerabilidad pueden ser considerados como mecanismos causales relativamente estables que pueden incrementar el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad bajo ciertas condiciones (Ingram & Price, 2001). Tales factores de riesgo permanecen latentes hasta que son activadas por eventos ambientales relevantes o disparadores. Una vez que se activan, pueden influenciar el procesamiento de información relacionado con la amenaza percibida, el estilo y estrategias de afrontamiento, la condicionabilidad del estímulo amenazante, o la participación del individuo en su red social de apoyo (Barlow, 1988, 2000; Beck & Emery, 1985). Dentro de los modelos de vulnerabilidad-estrés, los individuos que poseen factores de vulnerabilidad, solamente son más propensos que otros a experimentar síntomas de psicopatología en presencia de eventos estresantes. En ausencia de tales eventos, los

individuos que poseen factores de vulnerabilidad no son más propensos que otros a exhibir síntomas de psicopatología.

El origen del estudio de la vulnerabilidad para los trastornos de ansiedad se encuentra desde las teorías de aprendizaje que revisaban los modelos etológicos de condicionamiento a los estímulos aversivos (Mineka & Kihlstrom, 1978). Desde este trabajo pionero, se han estudiado múltiples niveles de vulnerabilidad para la ansiedad que incluyen lo genético, lo cognitivo, el aprendizaje, y lo social (Alloy & Riskind, 2002; Barlow, 1988; Ingram & Price, 2001; Zuckerman, 1999).

FACTORES DE VULNERABILIDAD BIOLÓGICA

Representan los factores hereditarios que incrementan la vulnerabilidad a la psicopatología bajo condiciones activadoras apropiadas (Pihl & Nantel-Vivier, 2005). Entre estos se cuentan los factores genéticos y de inhibición conductual. La investigación sugiere que estos dos factores representan vulnerabilidad hereditaria a trastornos emocionales, más que una vulnerabilidad específica a la ansiedad.

Factores genéticos. Existe evidencia de moderada a modesta que respalda la existencia de factores de riesgo heredables para los trastornos de ansiedad (Zuckerman, 1999). Los trastornos de ansiedad que muestran la mayor contribución genética son los trastornos de pánico y de fobia específica (Fyer, Mannuzza, Chapman, Martin & Klein, 1995; Kendler, Myers, Prescott, & Neal, 2001; Zuckerman, 1999). Sin embargo, la mayoría de la varianza en la transmisión de los trastornos de ansiedad se explica por factores ambientales. Actualmente existe consenso sobre la vulnerabilidad genética común a los trastornos emocionales, la cual junto con factores ambientales operan en la determinación del trastorno mental específico que se desarrollará en la vida del individuo. Esta vulnerabilidad genética general puede no causar directamente los trastornos de ansiedad pero sí ejercer una influencia indirecta a través del desarrollo del temperamento y rasgos de personalidad.

Inhibición conductual. Es considerada un rasgo del temperamento, que se refleja en un patrón característico de respuesta con índices fisiológicos concomitantes (Kagan, 1989; Kagan, Reznickm & Snidman, 1988; Tackett & Krueger, 2005). Las diferencias individuales en la inhibición conductual se evidencian muy temprano en el desarrollo del

niño y son consideradas como relativamente estables. Los infantes son descritos como temerosos, cautelosos, y tímidos con los extraños. En la infancia temprana e intermedia la inhibición conductual se puede observar en conductas como extrema cautela y respuesta de introversión (Pollock, Rosenbaum, Marrs, Miller, & Biederman, 1995). Por definición, los niños conductualmente inhibidos, muestran cautela y son renuentes a involucrarse con objetos nuevos o adultos en situaciones o ambientes que les son poco familiares. Los niños que muestran niveles estables de inhibición conductual también tienden a desplegar altos niveles de afecto negativo. Kagan y colegas sugieren que aproximadamente del 10 al 15% de los niños pueden clasificar como conductualmente inhibidos (Kagan, 1989; Kagan et al, 1988). La relevancia de la inhibición conductual como un factor de vulnerabilidad recae en su poder predictivo de trastornos de ansiedad. Biederman, Rosenbaum, Bolduc-Murphy, Farone, Chaloff, Hirshfeld, et al. (1993) encontraron que los niños clasificados como conductualmente inhibidos obtenían puntuaciones más altas en varios trastornos de ansiedad (dos o más) en etapas posteriores del desarrollo. Igualmente, no todos los niños que inicialmente han sido clasificados como inhibidos conductualmente continúan así a lo largo de su vida. Las investigaciones sugieren que la estabilidad de la inhibición conductual es, a lo más, modesta. Múltiples factores pueden influenciar el grado en el cual la inhibición conductual se mantenga estable en el tiempo, lo que hace de ésta un factor cuya influencia aún es debatible por lo que es necesaria más investigación.

FACTORES DE VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA

Las personas también pueden volverse propensos a la psicopatología como resultado de las experiencias vividas durante su desarrollo. Estos son algunos factores de predisposición psicológica: percepción de no control o no predictibilidad; estilos de crianza caracterizados por el control excesivo o el rechazo-negligencia, así como dificultades en el vínculo parental o apego inseguro; cogniciones y tendencia negativa en el procesamiento de información; así como la sensibilidad a la ansiedad y un estilo cognitivo de amenaza inminente.

Percepción de no control o no predictibilidad. Barlow y colaboradores han propuesto que la percepción de no predictibilidad y de no control adquirida por los individuos en sus experiencias tempranas con el ambiente, juega un papel fundamental en el desarrollo de los estados y trastornos de ansiedad (Barlow, 1998, 2000, 2002; Chorpita & Barlow, 1998;

Gibb & Coles, 2005). Desde esta perspectiva, las experiencias tempranas percibidas como no controlables pueden llevar al desarrollo de una susceptibilidad psicológica general adquirida (un sentido general de que el mundo es incontrolable e impredecible) que puede incrementar el riesgo para el desarrollo de estados y trastornos ansiosos bajo condiciones activadoras apropiadas (Chorpita & Barlow, 1998). Este modelo sostiene que las experiencias tempranas que conllevan estímulos incontrolables o impredecibles pueden incrementar la afectividad negativa, llevando a una falta general de autoeficacia percibida, dañando así la adquisición de experiencias de dominio. Las experiencias tempranas pueden llevar a un aumento en la activación en el sistema de inhibición conductual (Gray, 1982; Gray & McNaughton, 1996), incrementando así los síntomas de temperamento inhibido (precaución ante estímulos nuevos, respuestas de tipo introvertido, e incremento del afecto negativo). Chorpita y Barlow (1998) sostienen que mientras el desarrollo sigue su curso y aumenta la exposición del niño a estímulos incontrolables e impredecibles, los esquemas cognitivos se vuelven cada vez más inflexibles y resistentes al cambio, lo que los lleva, con el tiempo, a seleccionar activamente información sobre la vida que les proporcione evidencia de que el mundo es impredecible e incontrolable y eso mantiene el ciclo de afecto negativo. Estos autores también enfatizan el papel central que tienen los estilos de crianza en el desarrollo del sentido de control del ambiente en los niños.

Estilos de crianza y apego. La crianza tiene dos dimensiones básicas: control y aceptación. El control puede definirse como el grado en el que los padres ejercen una influencia directa sobre las actividades y conductas diarias del niño. La aceptación es en cambio, el grado en el que los padres son receptivos a las decisiones e individualidad de sus hijos. Los padres democráticos (aquellos con buen nivel de control y aceptación) crían hijos emocional y socialmente mejor adaptados que los hijos de padres autoritarios (altos en nivel de control pero bajos en aceptación), o de padres permisivos (bajos en control pero altos en aceptación)

Chorpita y Barlow (1998) sugieren que los padres que son más controladores, intrusivos, o sobreprotectores pueden afectar el sentido de control y predictibilidad de sus hijos. Los padres muy controladores con frecuencia limitan la exposición de sus hijos a situaciones provocadoras de ansiedad y refuerzan a sus hijos cuando eligen soluciones de evitación a los estímulos. La investigación ha mostrado que la exposición es un tratamiento efectivo para un amplio rango de trastornos de ansiedad, fenómeno que se explica mediante el

condicionamiento clásico y los procedimientos de extinción. Por lo tanto, al limitar la exposición de un niño con tendencia a presentar ansiedad ante situaciones nuevas, se limitan también las oportunidades para extinguir esa respuesta ansiosa. Además se ha visto que los hijos de padres controladores se aíslan socialmente y se exponen con menor frecuencia a situaciones sociales nuevas. Los padres sobrecontroladores limitan la exposición de sus hijos a experiencias nuevas, y así, promueven y modelan respuestas de evitación conductual a las situaciones provocadoras de ansiedad. La influencia del modelamiento parental de conductas temerosas y evitativas en las respuestas de sus hijos a situaciones similares, puede exacerbarse por predisposiciones al temor, entonces los niños ansiosos se vuelven más propensos a adquirir miedos desde una experiencia de modelamiento (Craske, 1997). A su vez, las estrategias de evitación se autoreforzan en la medida en que el niño evita el afecto negativo provocado por las situaciones nuevas, de ese modo aumenta la probabilidad de que continúe empleando la evitación conductual. No sólo los padres de niños ansiosos modelan conductas ansiosas y evitativas, sino que también alientan ese tipo de conductas en sus hijos. Dadds, Barret, Rapee, y Ryan (1996) han encontrado resultados que sugieren que el sobrecontrol de los padres restringe la extinción de conductas temerosas en los niños, al limitar su exposición a situaciones, objetos, y personas nuevas y así terminan promoviendo estilos de conducta evitativos en sus hijos.

Además del nivel de control ejercido por los padres, existe evidencia de que la calidad de la interacción entre padre e hijo está relacionada con el desarrollo, el mantenimiento, o la exacerbación de la ansiedad, así como con otros problemas internalizados en los niños (Baumrind, 1991; Greco & Morris, 2002). La crianza negativa de tipo rechazante se caracteriza por falta de apoyo, los padres no son capaces de establecer límites adecuados al desarrollo de sus hijos, no participan activamente en la crianza, y las relaciones tempranas de apego se ven perturbadas. Hummel y Gross (2001) encontraron que los padres de niños que presentan ansiedad en situaciones sociales, proporcionan más retroalimentación negativa que positiva a sus hijos cuando éstos se encuentran involucrados en una actividad, así incrementan potencialmente la ansiedad del niño respecto a la actividad de manera que disminuye la capacidad del niño para desempeñarse conforme a lo esperado. Mills y Rubin (1993) encontraron que los padres de niños ansiosos o inhibidos tienden a dirigir más enojo hacia sus hijos cuando éstos se encuentran realizando algunas tareas. Este tipo de padres son muy críticos y tienden a

restringir los intentos del niño por adquirir nuevas habilidades. En ese mismo trabajo se reporta que los padres de niños inhibidos con frecuencia recurren a métodos coercitivos cuando intentan ayudar a sus hijos a completar las actividades, lo cual implica potencialmente que el niño no es suficientemente capaz de completar la tarea. Como consecuencia, el niño falla en el dominio de la habilidad que deseaba o necesitaba adquirir, lo cual puede establecer una cadena de fracasos y expectativas de fracaso en tareas similares o más complejas.

La crítica de los padres puede tener efectos negativos adicionales. Los factores de socialización parental pueden contribuir al desarrollo de un patrón cognitivo negativo y de expectativas de fracaso en los niños cuando se enfrentan a situaciones estresantes. Esta situación puede entonces estar promoviendo el desarrollo de estilos cognitivos negativos que funcionan como vulnerabilidades adicionales a la ansiedad y a la depresión (Cobham, Dadds & Spence, 1999).

Apego y vinculación parental. La investigación en esta área sugiere que las dificultades en la relación temprana padre-hijo pueden llevar al desarrollo de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Según Parker (1983) la vinculación parental abarca tanto el cuidado (proporcionar educación y afecto) como la protección (crear la sensación de seguridad no sólo física sino también afectiva). La teoría del apego comprende elementos del cuidado parental que los individuos adquieren de las experiencias tempranas, así como las atribuciones del individuo de la calidad de sus interacciones con su cuidador (e.g. ¿Soy alguien que puede ser amado, valioso, y aceptable para otros?). Las dificultades en el apego temprano, como podrían ser la separación de los padres, pérdidas, situaciones de abuso o negligencia; probablemente resulten en el desarrollo de modelos de trabajo negativos de sí mismo y de los otros, así como a déficits en la efectividad de la regulación emocional (Bowlby, 1969). Estos modelos son maleables durante el desarrollo temprano pero, una vez consolidados, se vuelven relativamente estables en la vida del individuo (Weinfeld, Sroufe, & Egeland, 2000).

Chorpita y Barlow (1998) han sugerido que la sensación de no control en los niños puede ser consecuencia del comportamiento de los padres, cuando éstos responden de manera inconsistente –un signo de apego inseguro- a las necesidades de su hijo. Al parecer, las perturbaciones o dificultades en el desarrollo del vínculo parental, el apego inseguro, y los estilos de crianza inadecuados (i.e., sobre control parental y crianza negligente de tipo

rechazante), crean una predisposición psicológica general a desarrollar o padecer de una psicopatología en una etapa de la vida –más que una vulnerabilidad específica a la ansiedad.

Cogniciones negativas y procesamiento de información. El área clínica de los procesos cognitivos y los modelos de procesamiento de la información referentes a la ansiedad (Beck & Clark, 1997; Beck & Emery, 1985) enfatiza la evaluación y procesamiento de información relacionada con estímulos amenazantes (Gibbs & Coles, 2005). Estos modelos describen patrones de tipo rasgo (i.e. esquemas) de respuestas ansiosas, en los cuales las cogniciones negativas superficiales (i.e. pensamientos automáticos) referentes a las amenazas y peligros futuros son consideradas señales de la existencia de esquemas de peligro o amenazas más estables (Beck & Emery, 1985). Según el modelo de procesamiento de la información de Beck y Clark (1997), la ansiedad es una respuesta al estrés ambiental, innata y orientada a la sobrevivencia; que le sirve a los individuos para percibir el peligro y prepararse para la acción. El modelo sostiene que la ansiedad se vuelve desadaptativa cuando las evaluaciones de amenaza o peligro son percibidas de manera inadecuada, o bien, resultan exageradas (i.e. cuando el individuo percibe peligro en ausencia de una amenaza real). Este sesgo en las interpretaciones representa al esquema cognitivo que le subyace, el cual opera automáticamente y consistentemente distorsiona la evaluación de las situaciones relativamente inocuas como potencialmente amenazantes y peligrosas. De manera similar Kendall (1985) propuso que la ansiedad patológica en la niñez resulta de los esquemas estables y fácilmente accesibles enfocados en temas del peligro y muerte. De acuerdo a las teorías cognitivas sobre la ansiedad, estas distorsiones cognitivas reflejan sesgos atencionales a información amenazante, sobreestimación del peligro y amenaza, y subestimación de la habilidad de desempeñarse de manera óptima ante la amenaza percibida.

Actualmente, en el caso de los adultos, ya está muy establecido que la ansiedad se asocia con una exacerbada vigilancia en busca de información relacionada con amenazas (MacLeod, 1991; Mogg & Bradley, 1998). La ansiedad adulta está asociada con la tendencia a sobreestimar la magnitud y severidad de la amenaza potencial (Butler & Mathews, 1983), incluyendo una tendencia a interpretar constantemente la información ambigua como amenazante (Mathews & Mackintosh, 2000). En el caso de los niños, varios estudios han mostrado que ante la ansiedad los menores despliegan el procesamiento de información con tendencia hacia el peligro. Chorpita, Albano, y Barlow

(1996) encontraron una relación significativa entre los niveles de ansiedad y las interpretaciones con tendencia amenazante en situaciones ambiguas en una muestra de niños normales. De manera similar Boegels y Zigterman (2000) encontraron que los niños diagnosticados con trastornos de ansiedad eran más propensos a sobrestimar el peligro y subestimar su habilidad para afrontar el peligro en situaciones ambiguas, comparados con niños con trastornos externalizados y controles normales. De acuerdo con el contenido cognitivo los trastornos de ansiedad se caracterizan porque el tipo de cogniciones es referente a una amenaza o peligro futuro.

Sensibilidad a la ansiedad. Este término se refiere al miedo a las sensaciones corporales relacionadas con la ansiedad, se cree que éstas surgen de las creencias de que este tipo de sensaciones tienen consecuencias dañinas, de tipo somático, sociales o psicológicas (Reiss & McNally, 1985). Reiss (1991) sostiene que un individuo con tales creencias se pondrá ansioso cuando experimente estos síntomas (activación fisiológica) e intentará evitar las situaciones o lugares que puedan exacerbar esta activación. Se cree que la sensibilidad a la ansiedad emerge de una combinación de influencias genéticas así como de las experiencias de aprendizaje que llevan a la adquisición de creencias acerca de las posibles consecuencias dañinas de dicha activación (Scher & Stein, 2003; Stein, Jang & Livesley, 1999; Stewart, Taylor, Jang, Cox, Watt, Fedoroff, et al., 2001). Recientemente se ha encontrado que la sensibilidad a la ansiedad es moderadamente heredable (atribuible genéticamente a cerca del 45% de los casos) y mayormente atribuible a factores ambientales (Stein et al., 1999). La investigación también ha encontrado que la sensibilidad puede presentarse como consecuencia de las experiencias tempranas de aprendizaje, es decir, estas experiencias sugieren al individuo que las señales somáticas inexplicables son peligrosas o son indicadores de enfermedades graves (McNally & Eke, 1996). Además, se ha encontrado que la sensibilidad podría aprenderse a través de la observación de las conductas de los padres, cuando éstos presentan síntomas de pánico (Ehlers, 1993). Los datos anteriores indican que la sensibilidad a la ansiedad tiene cierto grado de heredabilidad pero que al parecer lo más significativo es la vivencia de una serie de experiencias de aprendizaje en el ambiente temprano o inicial que le enseña al niño que los síntomas somáticos son peligrosos o que refuerzan esas conductas que denotan enfermedad.

Estilo cognitivo de amenaza inminente. Se ha propuesto a este estilo como una tendencia cognitiva general y dominante en la evaluación de amenaza en distintas situaciones, en

las cuales se cree que el riesgo aumenta rápidamente y que por tanto la situación empeorará (Riskind, 1997; Riskind, Williams, Gessner, Chrosniak, & Cortina, 2000; Williams, Shahar, Riskind, & Joiner, 2005). El estilo cognitivo de amenaza inminente ha sido conceptualizado como un proceso de evaluación de amenaza o de daño evolutivo dirigido por un esquema, se asume de manera sistemáticamente y sesga la forma en la que los individuos representan mentalmente la progresión temporal y espacial de las posibles amenazas futuras. Es más, se ha propuesto que este estilo representa el único factor cognitivo de riesgo para la ansiedad, no así para la depresión (Riskind et al., 2000). Se cree que consiste principalmente de representaciones mentales (imaginarias) del desarrollo progresivo de las amenazas potenciales. Por consiguiente los individuos que desarrollan el estilo cognitivo de amenaza inminente son propensos a experimentar dificultades en la habituación a posibles amenazas, mostrando incrementos en la vigilancia y ansiedad, percibiendo un sentido de urgencia en el tiempo y de necesidad imperativa de acción, haciendo en consecuencia, uso excesivo de estrategias de evitación tanto cognitivas como conductuales.

Finalmente, en ausencia de eventos activadores apropiados (e.g., estrés), estas vulnerabilidades pueden permanecer latentes, y el individuo permanecer sin afectación. Una vez activadas, estas vulnerabilidades pueden sesgar el procesamiento de la información, aumentando la condicionabilidad a estímulos aversivos; llevando al uso de estrategias de afrontamiento inflexibles orientadas a la evitación; y manteniendo así un continuo estado de afecto negativo, de disposición para la acción y de activación. Por otra parte, estas vulnerabilidades pueden influenciar de manera directa o indirecta las experiencias de estrés de los individuos (Kendler, Kessler, Walters, MacLean, Neale, Heath, et al., 1995) al llevarlos a seleccionar o crear ambientes más amenazantes, al dañar su desempeño en situaciones provocadoras de ansiedad, y al mantener y prolongar los efectos inmediatos ante la vivencia de un evento estresante o traumático.

La perspectiva del desarrollo sostiene que en diferentes momentos de éste mismo, los individuos se enfrentan con diferentes tareas y retos (Sroufe, 1997). Al llevar esa perspectiva a la materia del estrés, se puede sugerir que lo que constituye al estrés debería de alguna manera mostrar correspondencia con el nivel de desarrollo del individuo. Esta perspectiva desde el desarrollo también sostiene que los factores biológicos y psicológicos se encuentran en continua interacción entre ellos y con las demandas ambientales (Cicchetti & Rogosch, 2002). Por ejemplo, el temperamento de un

niño puede influenciar la elección del estilo de crianza de los padres, el cual puede influenciar de vuelta la conducta y afecto del niño así como su visión acerca de sí mismo y de los otros.

Desde esta perspectiva integradora, se considera que los trastornos de ansiedad pueden ser causados por múltiples vulnerabilidades biológicas y psicológicas, específicas o no específicas, las cuales se encuentran en un estado de interacción recíproca entre ellas y con las contingencias ambientales. Además, diferentes interacciones vulnerabilidad-estrés y diferentes fuentes de estrés se vuelven importantes en diferentes momentos a lo largo de la vida de una persona.

Todo lo revisado hasta ahora se vuelve de suma relevancia al momento de la caracterización o formulación del caso expuesto en este reporte, pues conforman el juego de posibles variables no sólo distantes, sino antecedentes u organísmicas que se puede inferir, conforman el trastorno de una persona. Son propuestas teóricas con base empírica por lo que deben ser revisadas y atendidas para el éxito de los tratamientos propuestos en los casos de los trastornos de ansiedad. Es importante en cada caso evaluar cada una de estas susceptibilidades de manera que permitan obtener una clara descripción de los objetivos de intervención.

CAPITULO 2. TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

FENOMENOLOGÍA

La siguiente tabla enlista los criterios diagnósticos para el TEPT como lo plantea el DSM-IV (APA, 2001). Estos criterios han sido objeto de múltiples críticas, particularmente en su aplicación en los niños. Sin embargo, se ha encontrado que las principales agrupaciones de síntomas para el TEPT (intrusión, evitación, y hiperactivación) como son definidas en el DSM se presentan frecuentemente en niños en edad escolar y adolescentes, a través de diversas culturas, y siguiendo una variedad de eventos traumáticos (Fletcher, 1996, y McNally, 1993). A continuación se presenta una breve descripción de cómo se manifiestan los criterios de sintomatología del DSM-IV TR en los niños, y cómo el DSM se compara con otras aproximaciones diagnósticas para este trastorno.

Criterios para el diagnóstico de F43.1 Trastorno por estrés posttraumático (309.81)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):

(1) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o de los demás

(2) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.

B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

(1) recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusivos que provocan malestar o en lo que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. **Nota:** En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma

(2) sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. **Nota:** en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible

(3) el individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviéndola experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). **Nota:** los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico

(4) malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que

simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

(5) respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático

C Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

(1) esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático

(2) esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma

(3) incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma

(4) reducción marcada del interés o la participación en actividades significativas

(5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás

(6) restricción de la vida afectiva (p. ej. Incapacidad para tener sentimientos de amor)

(7) sensación de un futuro limitado (p. ej., no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, tener la esperanza de una vida normal)

D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) (ausentes antes del trauma), tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:

(1) dificultades para conciliar o mantener el sueño

(2) irritabilidad o ataques de ira

(3) dificultades para concentrarse

(4) hipervigilancia

(5) respuestas exageradas de sobresalto

E. Estas alteraciones (síntomas de los Criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si es:

Agudo: si los síntomas duran menos de 3 meses

Crónico: si los síntomas duran 3 meses o más

Especificar si:

De inicio demorado: entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han

pasado como mínimo 6 meses

Criterio A

El evento traumático. No hay distinción entre lo que constituye un evento traumático para un adulto y para un niño. Lo que define al evento como traumático es su naturaleza de potencialmente amenazar la vida y la reacción inmediata del individuo expuesto a ésta. Sin embargo, el DSM no considera que los niños pueden expresar el distrés de una forma consistentemente diferente a la de los adultos y que la reacción inicial de un niño puede incluir la posibilidad de conductas desorganizadas o de agitación (e.g., llorar, aferrarse, o hiperquinesia).

Criterio B

Re-experimentación. En niños de todas las edades son frecuentes los pensamientos intrusivos y angustiantes sobre el trauma. Sin embargo, los niños muy pequeños pueden no contar con la habilidad de describir verbalmente tales recuerdos (si se presentan). La re-experimentación en los niños pequeños también puede ser expresada mediante el juego repetitivo acerca del trauma. Tal juego (incluyendo los dibujos) puede reflejar un intento del niño por entender mejor lo que le sucedió o para ganar dominio sobre esos recuerdos. Igualmente las pesadillas vívidas que involucran el tema del trauma son comunes en los niños de todas las edades pero los niños más pequeños también pueden experimentar sueños que les provoquen miedo pero sin ningún contenido reconocible, o sueños que involucren monstruos, rescatar a otros, y amenazas hacia él mismo o hacia otros de sus seres amados. Una vez que despiertan de las pesadillas, los niños con frecuencia entran en pánico y corren a la habitación de sus padres, encontrando dificultades para describir o recordar lo que soñaron. Los padres con frecuencia son incapaces de hacer que el niño vuelva a su cama, y no es poco frecuente el que los padres de niños traumatizados reporten que su hijo no ha dormido solo en meses o incluso años.

En contraste con otras formas de intrusión, los flashbacks parecen ser menos comunes en los niños más pequeños, pero este tema ha sido objeto de cierto debate (Spiegel, 1984; Perry, Pollard, Blakely, Baker, & Vigilante, 1995; Scheeringa, Zeanah, Drell, & Larrieu, 1995; Putnam, 1997). En contraste los niños pequeños muestran señales de

reexperimentación a través de la representación del trauma en formas tan variadas como el dibujo, las historias, y el juego (Scheeringa & Zeanah, 1995; Scheeringa, et al., 1995, Scheeringa, Peebles, Cook, & Zeanah, 2001).

Aunque no se especifica en el DSM-IV-TR es razonable asumir que la representación del trauma difiere del primero en la calidad del juego traumático repetitivo, en sus aspectos más distresantes y disociativos (como los flashbacks). Por supuesto, no todos los niños tienen memorias explícitas de los eventos traumáticos pero la sola apariencia de molestia ante la presencia de recuerdos traumáticos es suficiente para que el niño cumpla con el criterio de re-experimentación.

Criterio C

La evitación de pensamientos, sentimientos, conversaciones relacionados al trauma así como a recuerdos traumáticos externos son comunes en los niños traumatizados en todas las edades. No obstante, es importante reconocer cómo las actitudes y reacciones parentales al trauma pueden influenciar la topografía de la evitación en el niño. Por ejemplo, padres sobreprotectores a menudo les prohíben a sus hijos traumatizados involucrarse en alguna discusión sobre el trauma o de tener contacto con recordatorios físicos. En contraste, algunos padres pueden no permitir que el niño evite (e.g., dejándolo dormir solo en su cama, ir a la escuela, visitar a sus amigos, etc.). Es útil preguntar al niño que evitaría si tuviera la oportunidad. Un problema relacionado con estas situaciones es que el hecho de que el niño desee hablar del trauma pero se detenga de hacerlo por no querer molestar a sus padres.

Otro factor importante que debe tenerse en consideración cuando se evalúa la evitación, es la capacidad cognitiva y verbal del niño. Por ejemplo, la incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma cuenta como un síntoma bajo el criterio de evitación en el TEPT, pero esto necesita pesarse contra la habilidad del niño para procesar y evocar verbalmente el trauma. También, cuando se evalúa la presencia de disminución de interés o participación en actividades significativas uno necesita estar consciente de que los cambios en los compañeros de juego y en las actividades es parte del desarrollo normal en la niñez. En el caso de los adolescentes, esto se presenta como “no sentirse comprendido” junto con un grado de desapego o extrañamiento de los adultos. Cuando se evalúa este síntoma, es importante escuchar los argumentos que indiquen que ellos se sienten diferentes de los otros como resultado de sus experiencias traumáticas. Tales

creencias se presentan con frecuencia en niños traumatizados de todas las edades, particularmente en aquellos que tienen cicatrices visibles o que han sufrido la pérdida de alguno de sus padres.

Se piensa que un rango restringido de afecto refleja un estado emocional general de insensibilidad, pero la descripción del síntoma en el DMS es más que vaga y ha probado ser un fenómeno difícil de evaluar. Los niños pueden reportar que son acosados por sentimientos de culpa, enojo, o miedo que parecen ocupar todas sus experiencias emocionales. (Litz, 1992, Litz, Schlenger, Weathers, Caddell,, Fairbank, & LaVange, 1997).

Finalmente, los niños más grandes así como los adolescentes pueden desarrollar una visión de la vida un tanto frágil después del evento traumático, particularmente si tienen una lesión o daño permanente o han sido testigos de la muerte de otra persona. Esto puede llevar a una creencia de un futuro reducido, que con frecuencia se expresa como la pérdida de cualquier pensamiento sobre el futuro. Los niños muy pequeños casi no presentan esta pérdida de pensamientos relacionados con el futuro, pero sí pueden desarrollar una creencia de que no podrán prevenir eventos adversos en el futuro.

Criterio D

Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (no presentados antes del trauma). Esto es común entre los niños traumatizados en todas las edades. Los niños muy pequeños con frecuencia reportan un incremento en quejas somáticas como dolores de cabeza o de estómago. No debe sorprender que se vuelvan comunes las dificultades a la hora de acostar a los niños. Suelen aparecer (re-aparecer) miedos intensos a la oscuridad como secuelas al trauma, e incluso algunos niños pueden entrar en pánico a la hora de dormir. Pueden experimentar miedos a tener pesadillas, presentando dificultad para conciliar el sueño o para mantenerse dormidos, lo que los deja demasiado cansados durante el día. No es poco común que los padres reporten que su hijo duerme durante el día, o en el caso de los muy pequeños, que tomen siestas muy prolongadas. La irritabilidad y los ataques de ira son muy comunes en algunos niños, y con frecuencia se manifiestan como hipersensibilidad en respuesta al más ligero percance o crítica percibida. Niños más grandes incluso pueden reconocer que se están involucrando en más discusiones con otros a partir del trauma.

Las dificultades de concentración se presentan como resultado de la frecuente intrusión traumática y los esfuerzos por evitar los pensamientos y sentimientos lo que resulta en bajo rendimiento escolar y mayor propensión a accidentes. La hipervigilancia en los niños se evidencia por el chequeo de seguros y cerraduras, la sobreprotección a otros, y peticiones frecuentes de re-asegurarse que todo se encuentra bien. La respuesta de molestia ante ruidos fuertes o discusiones (con la correspondiente aparición de preocupaciones o reacciones de irritabilidad) es muy común entre los niños traumatizados.

El DSM-IV-TR establece que los individuos que cumplen los criterios de síntomas para el TEPT deben presentar un daño marcado en al menos una de las áreas de funcionamiento por al menos un mes. En algunos casos, es difícil obtener evidencia objetiva de daño en el funcionamiento escolar o social. Algunos niños pueden tener dificultades para admitir que no se están desempeñando de manera acostumbrada o pueden sentirse obligados a trabajar aún más duro en la escuela para no molestar a sus padres. En otros casos, los adultos simplemente pueden no reconocer o aceptar que el niño ha sido afectado y minimizan el grado de daño. Como ya se mencionó, algunos padres no permiten que el niño se involucre en conductas que puedan reflejar o evidenciar el daño (e.g., evitar o desempeñarse pobremente en la escuela, permanecer en casa la mayor parte del tiempo, dormir con los padres/hermanos). En tales casos, es frecuente que el niño traumatizado sufra en silencio mientras da una apariencia de funcionar normalmente.

Trastorno por Estrés Postraumático en niños

A medida que los especialistas en salud mental infantil han ido reconociendo progresivamente la frecuencia con que los niños están expuestos a situaciones traumáticas, la intensidad de su angustia y la posibilidad de que aparezcan secuelas psiquiátricas importantes a largo plazo, los investigadores han empezado a realizar estudios empíricos sobre TEPT infantil dentro de un marco sólido de desarrollo (Pynoos, Steinberg y Wraith, 1995). Conviene señalar que los ensayos de campo para establecer los criterios de TEPT del DSM-IV-TR no incluyeron a niños (American Psychiatric Association, 2001)

Las múltiples limitaciones del criterio del DSM especialmente, cuando se intenta aplicar a niños menores de 4 años, llevó a Scheeringa et al. (1995) a desarrollar una serie de

criterios alternativos para el diagnóstico de TEPT en infantes y niños pequeños, tomando como base el DSM-IV. Dichos criterios se encuentran aún bajo investigación, pero han probado ser una guía útil sobre algunas de las principales dificultades relacionadas con el desarrollo de los niños traumatizados (Vernberg & Varela, 2001). Scheeringa et al. (1995) sugieren que el niño sólo requiere haber experimentado un evento traumático y no el miedo intenso en el momento del evento que plantea el DSM-IV en el Criterio A. Sobre la re-experimentación, ellos sugieren que sólo se necesita uno de los siguientes: (1) juego postraumático que sea compulsivamente repetitivo, represente parte del trauma, no sirva para reducir la ansiedad, y sea menos elaborado e imaginativo que el juego usual; (2) juego representativo que represente parte del trauma pero carezca de la repetición monótona y otras características del juego postraumático; (3) memorias recurrentes del evento traumático aparte de lo que se revela en el juego y no son necesariamente distresoras; (4) pesadillas que tengan un vínculo obvio al trauma o que aumenten en frecuencia con un contenido desconocido; (5) episodios con características de flashback o disociación; (6) distrés ante la exposición a recordatorios traumáticos.

Bajo el Criterio C, Scheeringa et al. (1995) sugieren que sólo es necesario uno de los siguientes síntomas (DSM-IV requiere tres): (1) restricción/supresión del juego, incluso en la presencia de juego postraumático o representativo; (2) retraimiento social; (3) rango de afecto restringido; (4) pérdida de habilidades del desarrollo ya adquiridas, especialmente regresión en el lenguaje y entrenamiento vesicular. Ellos también sugieren un cambio para el criterio sobre la activación (Criterio D) de manera que se acepte cualquiera de los siguientes (DSM-IV-TR requiere de al menos dos): (1) terrores nocturnos; (2) dificultad para el dormir que no esté relacionada con tener miedo a sufrir pesadillas o miedo a la oscuridad; (3) sonambulismo no relacionado con las pesadillas o terrores nocturnos; (4) disminución de la concentración: marcada disminución en los lapsos de concentración o atención comparados con los anteriores al trauma; (5) hipervigilancia; (6) exagerada respuesta de sobresalto. Scheeringa et al. (1995) Introducen una nueva agrupación de síntomas a la que llaman "Nuevos Miedos y Agresión" de la cual sólo es necesario que se presente uno de los siguientes: (1) nueva agresión; (2) nueva ansiedad por separación; (3) miedo del entrenamiento para el baño solo; (4) miedo a la oscuridad; (5) cualquier miedo nuevo a situaciones que no estén obviamente relacionadas al trauma. Ellos sugieren que se omita el requisito de daño en las áreas social u ocupacional, o en cualquier otra área importante de funcionamiento.

La alternativa de criterios para el diagnóstico de TEPT propuesta por Scheeringa et al. (1995) solamente requiere cuatro síntomas presentes además de la vivencia de un evento traumático, en cambio, el DSM-IV requiere al menos seis, distrés al momento del trauma, y evidencia de daño. Si bien reconocen que el riesgo de falsos positivos es mucho más alto, esto necesita pesarse contra la posibilidad de riesgo de un diagnóstico de TEPT “falso negativo” en este grupo de edad. Aunque algunos de los criterios propuestos por Scheeringa son igual de vagos que los propuestos en el DSM-IV-TR, los primeros resaltan la importancia de la necesidad de criterios más sensibles al desarrollo en el caso de los niños así como la necesidad de mayor investigación sobre este tema.

Los síntomas de TEPT varían considerablemente, según el estadio de desarrollo (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). Estas cuestiones de desarrollo se pueden apreciar en la valoración subjetiva de la amenaza, atribución del significado, medios emocionales y cognitivos de afrontamiento, tolerancia a las propias reacciones, expectativas acerca de la recuperación y eficacia en la adaptación a los cambios vitales secundarios (Amaya-Jackson, March, 1995; Pynoos, Steinberg y Wraight, 1995). De aquí la importancia de que en el tratamiento se enmarque la situación amenazante y sus resultados en el niño en un marco de desarrollo que reconozca las relaciones entre un niño y su entorno cambiante, las expectativas familiares y sociales y el vínculo entre desarrollo normal y perturbado.

ETIOLOGÍA

Como se sabe, no todas las personas expuestas a un evento traumático desarrollan TEPT. Por lo tanto, TEPT resulta de alguna combinación entre factores de vulnerabilidad personales, características del evento traumático en sí, la evaluación del individuo sobre ese evento, y factores post-trauma.

Vulnerabilidad personal

Los factores de vulnerabilidad representan aspectos relativamente estables de un individuo que lo hacen más propenso que otros a desarrollar síntomas psicopatológicos como consecuencia de sucesos de vida estresantes. Los factores de vulnerabilidad pueden incluir, pero no están necesariamente limitados a, factores genéticos, procesos

biológicos, estructuras cognitivas, formas disfuncionales de interacción con otros, estilos de apego inseguros, y déficits en la regulación emocional.

Los estresores ocupan un lugar central dentro del campo del desarrollo de la psicopatología. En un nivel teórico, la mayoría de los modelos de psicopatología prevalentes reconocen la importancia potencial de los estresores ambientales en la etiología y mantenimiento de los trastornos psicológicos (Cicchetti & Toth; 1997; Haggerty, Roghmann, & Pless, 1993; Rutter, 1989). Los estresores representan la contribución ambiental de riesgo, la cual interactúa con las múltiples formas de vulnerabilidad (e.g., genéticas, biológicas, cognitivas, interpersonales y de personalidad) que llevan a la psicopatología (Mash & Barkley, 2003; Monroe & Hadjiyannakis, 2002).

Pocos constructos en la salud mental han sido tan importantes, e igualmente tan difíciles de definir, como lo es el concepto de estrés (Cohen, Kessler, & Gordon, 1995). Todas las definiciones actuales se enfocan en circunstancias o condiciones ambientales que amenazan, retan, exceden o dañan las capacidades psicológicas o biológicas de un individuo (Cohen, et al., 1995). Estas demandas pueden ocurrir en la forma de un cambio en el ambiente social o en la persistencia de las condiciones ambientales que presentan amenazas y retos continuos.

La definición más ampliamente aceptada para estrés ha sido aquella propuesta por Lazarus y Folkman (1984): "El estrés psicológico involucra una relación particular entre la persona y el ambiente que es evaluada por la persona como exigente o que excede sus recursos y poniendo en peligro su bienestar" (p.19).

Existen problemas inherentes al incluir la evaluación en la definición de estrés. Primero, una definición de estrés que recae sobre procesos cognitivos evaluativos es problemática para su uso en niños y adolescentes (Grant, et al., 2003) la investigación preliminar indica que los procesos cognitivos de evaluación que juegan un rol significativo más tarde en el desarrollo no juegan ese mismo rol en niños pequeños expuestos a estresores (Nolen-Hoeksma, Girgus, & Seligman, 1992; J. E. Turner & Cole, 1994).

Además en años recientes, los modelos teóricos sobre la etiología del desarrollo de la psicopatología se han vuelto más sofisticados, y se ha dado mayor énfasis en los procesos moderadores y mediadores que influyen o explican la relación entre los

estresores y la psicopatología a lo largo del desarrollo (Cicchetti & D. J. Cohen, 1995; Pearlin, 1999).

Grant y colegas (2003) proponen una definición para estrés: “eventos ambientales o condiciones crónicas que amenazan objetivamente la salud o bienestar físico y/o psicológico de los individuos de una edad particular en una sociedad particular” (p. 449). Esta definición es la que será considerada como principal en este trabajo.

Factores relativos a las características del trauma

Se ha encontrado que la proximidad del trauma, la severidad, y la duración, están todas relacionadas con el desarrollo del TEPT tanto en adultos como en niños (Bredburn, 1991; Breslau & Davis, 1987; Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Foy et al., 1987; Lonigan et al., 1991; Pynoos et al., 1987, 1993; Schwartz & Kowalski, 1991; Udwin et al., 2000). Otro aspecto importante que debe considerarse sobre el trauma es su grado de predictibilidad y control. Existe literatura sobre animales, la cual sugiere que los eventos impredecibles e incontrolables (usualmente choques eléctricos) tienen una mayor probabilidad de producir sintomatología del TEPT estable (Foa, Zinbarg, & Olasov-Rothbaum, 1992). La forma en que estos dos factores se relacionan con el TEPT en los humanos aún se desconoce. Por ejemplo, Resnick y colaboradores (1993) encontraron que los eventos traumáticos inflingidos por otros (e.g. agresiones físicas) poseen una mayor probabilidad de producir TEPT que los desastres naturales (e.g. huracanes y terremotos). Los desastres naturales son claramente incontrolables pero no necesariamente impredecibles, mientras que los asaltos pueden variar considerablemente en términos tanto de predictibilidad como de control.

Se ha encontrado que el grado experimentado de amenaza a la vida durante el trauma está relacionado con el desarrollo del TEPT en los adultos (Clohessy & Ehlers, 1999; Dunmore, Clark, & Ehlers, 2001; Ehlers, Maercker, & Boos, 2000; Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998; Kilpatrick et al., 1989; Steil & Ehlers, 2000) y en los niños (Ehlers, Mayou, & Bryant, 2001; Foy et al., 1996; Stallard, Velleman, & Baldwin, 1998; Udwin et al., 2000). Se ha observado que la experiencia de “perder el control” durante el evento traumático (también conocido como derrota mental) está asociado con el inicio, duración, y severidad del TEPT en los adultos (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Ehlers, Maercker, & Boos, 2000; Koopman, Classen, & Spiegel, 1994; Murray, Ehlers, & Mayou, 2000; Shalev et al., 1996) pero aún se desconoce su impacto en el caso de los niños. Los síntomas de

evitación y retraimiento emocional son secuelas inmediatas al trauma y predicen el desarrollo futuro de TEPT en adultos (Brewin et al., 199; Noth et al., 1999). En los estudios con niños se ha encontrado que un nivel alto de distrés en las secuelas inmediatas al trauma está asociado con la severidad posterior del TEPT (DiGallo, Barton, & Parry-Jones, 1997; Nader et al., 1990; Yule & Udwin, 1991).

COMORBILIDAD

El TEPT es un cuadro que tiene una alta comorbilidad, la cual en algunos estudios ha alcanzado hasta un 80% (Solomon & Davidson, 1997; Brady, 1997). Específicamente, en veteranos de Vietnam, se ha llegado a encontrar que el 66% presenta otro trastorno afectivo o bien de ansiedad, y el 39% tiene abuso o dependencia de alcohol (Center for Disease Control, 1987). De acuerdo con la extensa investigación sobre comorbilidad en población general, dirigida por Kessler, se encontró que el TEPT se asociaba con otro diagnóstico en el 17% de las mujeres y en el 12% de los hombres; y que había tres o más diagnósticos en el 44% de las mujeres y en el 59% de los hombres. El TEPT se ha asociado con abuso de alcohol en hombres (51,9%), depresión mayor (48%), trastornos de conducta en hombres (43,3%), fobia simple (30%), fobia social (28%), abuso de alcohol en mujeres (27,9%) y agorafobia en mujeres (22,4%) (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

La comorbilidad incide en la forma de presentación del cuadro de TEPT, ya que en ocasiones al haber sobreposición de algunos síntomas se dificulta el diagnóstico. Por otra parte, durante la evolución, con frecuencia se van agregando otros síntomas al TEPT y se configura uno o más diagnósticos comórbidos. Además es importante investigar un TEPT en cualquier otra patología psiquiátrica, especialmente si existe el dato histórico de algún hecho traumático en el pasado.

Los síntomas depresivos, que en ocasiones pueden estar en primer plano del TPET, pueden llevar a un diagnóstico equivocado de depresión. Además, el antecedente de alguna situación traumática en el pasado puede encontrarse tanto en el TEPT como en la depresión. En ambos casos hay efectos neurobiológicos que pueden explicar la aparición de cualquiera de los dos cuadros clínicos. En ocasiones los síntomas depresivos aparecen con posterioridad al suceso traumático y si están presentes los otros elementos

de la tríada clínica del TEPT, resulta más fácil plantear este último diagnóstico. Pero a veces el antecedente de la situación traumática está distante en el tiempo y dependiendo de lo consolidado que puedan estar los síntomas invasores, de evitación y el estado de hiperalerta el diagnóstico diferencial debe plantearse entre un posible TEPT de aparición retardada y una depresión. De estar claramente sobrepuestos los síntomas de TEPT y de depresión el doble diagnóstico se vuelve válido.

En refugiados que han sufrido situaciones traumáticas severas se ha encontrado una comorbilidad entre TEPT y suicidio que alcanza al 95%, y los pacientes con comorbilidad TEPT-depresión presentan mayor ideación suicida que aquéllos con TEPT sin depresión. El diagnóstico exclusivo de TEPT constituye en sí mismo un alto riesgo de intentos suicidas (Ferrada-Noli, M., Asberg, M., Ormstad, K., Lundin, T., Sundbom, E. 1998).

En el ámbito clínico debe ponerse especial atención a la investigación de antecedentes de trauma en el pasado y a su correcta evaluación para así no subdiagnosticar el TEPT.

En atención primaria los diagnósticos diferenciales del TEPT deben ser considerados, ya que por una parte es un cuadro que con alta frecuencia se asocia con otras patologías médicas y por otra las molestias físicas y el dolor pueden encubrir un TEPT. Llama la atención que en algunas investigaciones que han buscado sistematizar el diagnóstico de TEPT en atención primaria, han encontrado una frecuencia de presentación del 9%, y sin embargo, los médicos sólo han diagnosticado el TEPT en el 2% de esos pacientes. (Taubman-Ben-Arii, Rabinowitz, Feldman, Vaturi, 2001).

En el caso de los niños, los padres pueden no ser conscientes de la existencia o gravedad de los síntomas de TEPT en sus hijos. Es posible que los niños minimicen los síntomas con la finalidad de proteger a sus padres o que incluso eviten conversaciones sobre el suceso traumático. Es esencial interrogar al niño de una manera cuidadosa, así como apropiada para su nivel de desarrollo, sobre los síntomas de TEPT que está presentando.

En los niños con TEPT, la depresión puede ser un problema comórbido común. Brent y colaboradores (1995) observaron una amplia superposición de criterios sintomáticos entre TEPT y trastorno de depresión mayor (TDM).

Son comunes los síntomas tanto de externalización como de internalización. Malmquist (1986) observó que el embotamiento y la evitación pueden adoptar múltiples formas en

los niños, como inquietud, hiperalerta, falta de concentración y problemas conductuales. En los niños pequeños, se pueden presentar los síntomas de ansiedad e hiperactividad, facilidad de distracción y tendencias impulsivas, rasgos distintivos del trastorno por déficit de atención /hiperactividad (TDAH). En muestras clínicas y poblaciones de niños con TEPT también se ha detectado una alta prevalencia de otros síntomas externalizados como los trastornos de conducta y trastorno oposicionista desafiante (Arroyo y Eth, 1985; Green, 1985; Steiner, García, Matthews, 1997; Stoddard, Norman, Murphy & Beardslee, 1989). Steiner y cols. (1997) sugieren que el TEPT puede dar lugar a la pérdida del control de impulsos y a la reducción del control sobre la agresión y la ira, lo que explicaría esta comorbilidad. Pelcovitz y cols. (1994) plantean la hipótesis de que estos síntomas podrían ser una respuesta inicial a estresores que se presentan de manera continua como el caso del abuso físico, y que tendrían así, un efecto “adormecedor” sobre la aparición de los síntomas de TEPT.

TRATAMIENTO DEL TEPT EN NIÑOS

Los niños plantean problemas distintos de valoración y tratamiento. El nivel de desarrollo implica fundamental importancia, ya que puede influir tanto en la fenomenología clínica del TEPT infantil como en la elección de tratamiento. Además, al tratar a niños, hay que considerar cuidadosamente los factores parentales. Los factores biológicos de desarrollo también pueden influir en la selección de los medicamentos, si está indicada la farmacoterapia, mientras que los factores cognitivos de desarrollo pueden afectar tanto a las estrategias de valoración como a la elección de psicoterapia.

Participación de los padres en el tratamiento

La reacción emocional de los padres ante el suceso traumático y su apoyo al niño ejercen una influencia relevante sobre la sintomatología de TEPT que presente el paciente (Cohen & Mannarino, 1996; Burton, Foy, Bwanausi, Johnson & Moore, 1994; Meyer, Blakeney, Moore, Murphy, et al 1994). Por lo tanto, la mayoría de los expertos resalta como un factor importante la inclusión de los padres y/u otras personas de apoyo en el tratamiento favoreciendo la resolución de los síntomas de TEPT en los niños (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998). La inclusión de los padres en el tratamiento no sólo ayuda en la supervisión de los síntomas, sino que se les debe enseñar técnicas de manejo conductual apropiadas. Además, al ayudar a los padres a

resolver su propia angustia en relación con el trauma (al cual también pudieron estar expuestos de manera directa o indirecta), se les sensibiliza a las necesidades emocionales reales del niño (Burman & Allen-Meares, 1994; Rizzone, Stoddard, Murphy & Kruger, 1994).

Duración del tratamiento

Clínicamente, la mayoría de los niños y adolescentes con TEPT no complicado muestra una mejoría sustancial con 12 a 20 sesiones de psicoterapia específica para este trastorno. Un menor número de niños requiere de un tratamiento a largo plazo. Los niños expuestos a violencia masiva, homicidio o suicidio intrafamiliar, o repetidos sucesos angustiosos pueden necesitar un tratamiento más largo que los niños que han experimentado exposiciones a eventos menos traumáticos. La presencia de psicopatología preexistente en el niño o en un padre, antecedentes de abuso o de continua exposición a situaciones de vida disruptivas pueden ser indicadores de la necesidad de una intervención intensiva y de largo plazo. El tratamiento a largo plazo puede desarrollarse en sesiones semanales o en intervenciones intermitentes, según los síntomas clínicos y la respuesta del niño. La intervención intermitente asume que la terapia se suspende (más que concluirse) hasta que se requiera de ulterior tratamiento, como sería en el caso de transiciones de desarrollo, cambios en la situación vital o exposiciones traumáticas adicionales. Este tratamiento favorece el desarrollo de competencia tanto en el niño como en los padres, al denotar confianza en la capacidad de éstos para ayudar al niño sin la necesidad de recurrir a terapia. Sin embargo, hay casos de TEPT que exigen una ardua dedicación por parte del niño, los padres y el terapeuta. La duración del tratamiento debe entonces determinarse de forma individual, teniendo en cuenta la mejoría sintomática del niño y el logro de objetivos del desarrollo apropiados para la edad.

Terapia psicodinámica

Tradicionalmente hace referencia al uso del juego como técnica proyectiva. Sin embargo, la mayoría de las descripciones de tratamientos enfocados a traumas propugna la utilización del juego y otras técnicas no verbales (dibujos, muñecas, títeres, etc.) como medio de potenciar el bienestar y la capacidad del niño para comunicarse durante el tratamiento más que como una técnica proyectiva (Deblinger y Heflin, 1996; Gil, 1991).

A pesar de la extensa literatura y a veces clínicamente convincente hay pocas pruebas (sin contar los estudios descriptivos de casos) de que la psicoterapia psicodinámica sea eficaz para el tratamiento del TEPT infantil u otras secuelas de traumas importantes (Bleiberg, 1994). No obstante, varios autores han propuesto una intervención psicoanalítica como intervención primaria para niños traumatizados (Gaensbauer & Siegel, 1995; McElroy & McElroy, 1989).. Los estudios de caso han descrito el impacto del trauma y la respuesta al tratamiento en lo que respecta a las relaciones objetales (Seinfeld, 1989), el uso de mecanismos de defensa (McElroy y McElroy, 1989) y la resistencia (Van Leeuwen 1988). En este marco teórico, la terapia individual a más largo plazo sirve como vehículo para procesar el impacto y el significado del suceso traumático, pero, una vez más, el apoyo empírico es débil, en el mejor de los casos.

Terapia cognitivo-conductual

En general, a medida que maduran los niños hay más probabilidad de que muestren síntomas de TEPT similares a los de los adultos. Después de un suceso traumático, los niños tienen mayores probabilidades que los adolescentes de mostrar conductas de reelaboración en los juegos, dibujos y verbalizaciones. Terr (1983) describió la “formación de presagios” en estos niños, es decir, llegan a creer que ciertas “señales” son aviso de la aproximación del suceso traumático, y por lo tanto, si están suficientemente alertas serán capaces de identificar “augurios” que prevengan futuros desastres.

En términos de intervenciones cognitivo-conductuales, Ollendick y Francis (1988) recomiendan una aproximación integrativa del tratamiento, abarcan variantes de exposición, modelado, y procedimientos con base operante y cognitiva. Se han reportado numerosos estudios de casos donde la relajación tuvo un ligero efecto en el resultado del tratamiento. Visiones más recientes conceptualizan los cambios durante los tratamientos de exposición en términos de cambios en el proceso de la información (Foa y Kozak, 1986).

Los procedimientos de modelamiento incluyen el uso de variantes como los videos o modelamiento en vivo de los participantes. El niño es animado a imitar la ejecución de un modelo quién está demostrando conductas no temerosas y es reforzado por aproximaciones cercanas a la conducta de afrontamiento.

Los procedimientos operantes están basados en la premisa de que el miedo y la ansiedad se reducirán cuando las conductas no temerosas sean reforzadas y las conductas temerosas se pongan en una agenda de extinción. El niño simplemente es reforzado por aproximarse al estímulo temido, y las recompensas (sustitución de actividades aversivas por tiempo de juego placentero, confortación por parte de los padres) de las conductas temerosas son eliminadas.

El entrenamiento en auto-instrucciones es el procedimiento con base cognitiva más utilizado en el tratamiento de la ansiedad infantil (Meichenbaum & Goodman, 1971). Éste tiene como objetivo cambiar la auto-instrucciones del niño bajo la premisa de que la auto-desconfianza y las auto-instrucciones negativas incrementan la ansiedad e inhiben las respuestas apropiadas al estímulo temido. Sin embargo, los procedimientos cognitivos por sí solos frecuentemente no son tan efectivos para superar las reacciones de ansiedad en los niños debido a la multiplicidad de factores involucrados, tales como las contingencias ambientales, la competencia en distintas habilidades, los factores individuales relacionados con el desarrollo con respecto a la conciencia e identificación de auto-afirmaciones, y el potente componente fisiológico en los trastornos de ansiedad.

En años recientes, un número de ensayos controlados ha demostrado la efectividad de protocolos basados en intervenciones psicosociales que son aplicables a los largo de varias categorías de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes.

El tratamiento grupal no ha sido considerado en la existente investigación a pesar de los descubrimientos de que las contingencias grupales promueven el apoyo entre pares, las oportunidades de reforzamiento, compartir recursos, incrementar las respuestas, y el moldeamiento de las conductas deseables (Kazdin, 1994).

Se han hecho varias sugerencias para mejorar el resultado del tratamiento de los trastornos de la infancia al expandir el foco del tratamiento. Entrenar a los padres en habilidades específicas para el manejo de los problemas de los niños, mejoras en la solución de problemas y comunicación en la pareja y en la familia, y la adaptación psicosocial de los padres son algunos de los factores que parecen estar asociados con mejores resultados en las intervenciones clínicas infantiles (Miller y Prinz, 1990).

Para las familias de niños ansiosos, una intervención exhaustiva podría incluir, mientras se trabaja con el niño, entrenamiento a los padres en habilidades para el manejo de la

ansiedad y evitación del niño, ayudando a los padres a lidiar con cualquiera de los problemas de ansiedad que ellos mismos experimentan, y mejorando la solución de problemas en la familia (Barrett et al. 1996). El grupo de intervención familiar incorporó una combinación de tres componentes (habilidades del control del niño de las conductas evitativas, apoyo marital, modelamiento parental de conductas valientes).

Las intervenciones grupales para la ansiedad infantil han probado ser tan efectivos como las intervenciones individuales. Específicamente, el trabajo en grupo actúa maximizando el costo de entrega y eficacia, incrementando las oportunidades de moldeamiento positivo, y un amplio apoyo entre las familias durante y después de la terapia.

Como se ha revisado anteriormente, es muy importante tener en cuenta que este trastorno muchas veces se encuentra acompañado o en convivencia de otros trastornos de tipo afectivo o ansiosos, pues durante la evolución del TEPT y al no ser atendido se van agregando síntomas que terminan por configurar otros padecimientos que afectan la presentación del TEPT en un paciente determinado pudiendo llevar así a un diagnóstico erróneo o que satisficiera poco las necesidades de ayuda del propio paciente. Ante cualquier dato en la historia de paciente sobre la experimentación de un evento traumático en el pasado, debe evaluarse la posibilidad de padecer o no un TEPT, ya que de ser así debe atenderse como diagnóstico principal. Al tratar con poblaciones infantiles estas adversidades se vuelven aún más importantes y se tiene mayor necesidad de clarificar y atender lo sucedido.

Los niños se encuentran expuestos a eventos traumáticos en muchos ambientes, sin embargo los adultos no siempre somos sensibles a los efectos que este tipo de situaciones pueden tener en los niños.

CAPÍTULO 3. PSICOTERAPIA DE JUEGO

Desde hace mucho tiempo se ha reconocido que el juego ocupa un lugar muy significativo en la vida de los niños. Ya desde el siglo XVII Rousseau escribía acerca de la importancia de observar su juego para aprender acerca de ellos y así poder comprenderlos. En su obra *Emile*, Rousseau expresó sus ideas acerca de la educación y el entrenamiento infantil resaltando que los niños no son adultos pequeños. A pesar de que sus textos referentes al juego del niño tienen una perspectiva más educativa que terapéutica, nos permiten ver la forma tan sensible en que entendía el mundo de infantil (Landreth, 1991).

A continuación se presentan algunas definiciones que se han dado para el juego a lo largo del tiempo:

Para Huzinga (en Sarazanas y Bandet, 1985) el juego es una actividad voluntaria, fija en ciertos límites de tiempo y espacio que sigue una regla aceptada e imperiosa, provista de un fin en sí misma, acompañada de un sentimiento de tensión y alegría y de la consciencia de ser algo diferente de la vida cotidiana.

Millar (1972) lo define no sólo como distracción o pasatiempo, sino también como aprendizaje, experimentación e imitación, considerándolo una etapa del desarrollo imprescindible para pasar a la siguiente.

Chateau (1958) opina que el niño juega únicamente porque es un niño. Su juego tiene el papel de adiestrar las funciones fisiológicas y psíquicas.

Claperède (en Chateau, 1958) concibe el papel del juego en el niño como el trabajo, el bien, el deber y el ideal de su vida; la única atmósfera en la cual su ser psicológico puede actuar. La infancia sirve para jugar e imitar. Por el juego, el niño hace actuar las posibilidades que fluyen de su estructura particular, realiza las potencias virtuales que afloran sucesivamente a la superficie, las asimila y desarrolla, uniéndolas y complicándolas.

Hegeler (1965) lo define como una actividad aparentemente insustancial que tiene su propia recompensa. Es análogo al trabajo del adulto, con la diferencia del fin buscado: *el trabajo se hace para lograr algún propósito, el juego se hace por sí mismo.*

Todas las definiciones anteriores resaltan la importancia del estudio del juego en el niño, y nos permiten acercarnos a conocer sus virtudes y bondades. Se considera que la mejor forma de conocer al juego es a través del conocimiento de sus características y funciones y para un acercamiento más profundo se retoman aquellas propuestas por Esquivel (2005):

El juego:

- ☺ Es ante todo una conducta, por lo tanto ocurre en un tiempo y un espacio, es susceptible de ser observado, medido y cuantificado. Estas cualidades le permiten ser un objeto de estudio científico válido. Dado que es emitido por un sujeto, tiene una cualidad relacional ya sea con el medio externo o interno.
- ☺ Es una forma de aprehender, es una vía para el niño que le permite interactuar con su ambiente, con los otros y modificar su estructura según los cambios en el mundo externo.
- ☺ Permite que el niño se integre, le da control sobre su cuerpo, propicia su desarrollo cognitivo y la elaboración de los conflictos psíquicos.
- ☺ Permite la socialización, pues le brinda el dominio de lo externo y a su vez la comprensión de los otros.
- ☺ Es una necesidad básica y por tanto debe ser cubierta como la alimentación, la salud y la vivienda.
- ☺ Está lejos de ser sólo un pasatiempo pues es una actividad innata, voluntaria y espontánea.
- ☺ Manifiesta regularidad y consistencia, forma patrones en el tiempo y tiende a parecerse al juego de sus pares en la misma cultura y la misma edad.
- ☺ El verdadero juego tiene motivación intrínseca, es decir, se juega por el propio juego.
- ☺ Es la actividad a la que el niño le dedica más tiempo, el niño juega hasta sin darse cuenta.
- ☺ Implica de manera total al niño, ocupa todo su interés y todos los aspectos de su conducta.
- ☺ Es libremente elegido.
- ☺ Representa un reto, esto asegurará la atención del niño.
- ☺ Es una actividad simbólica.

Finalmente, por medio del juego el niño puede expresar sus necesidades y deseos, sus quejas, temores y estados de ánimo, que de otro modo no podría expresar.

En cuanto a la relación del juego con la psicoterapia, el primer caso que hace referencia al tratamiento terapéutico de un niño, es el reportado por Sigmund Freud. En 1909 publicó el caso del “Pequeño Hans”, un niño de 5 años de edad con una fobia. Freud solamente vio al niño una vez sin embargo condujo su tratamiento a través del padre. El tratamiento se basó en recomendaciones al padre sobre como responder con sugerencias basadas en sus anotaciones sobre el juego de Hans. Este caso fue el primero en ser registrado que atribuía las dificultades del niño a causas emocionales.

En 1957 Kanner llevó a cabo una investigación y concluyó que cuando el siglo XX comenzó no había ningún procedimiento o aproximación que se utilizara en los niños que pudiera en cualquier sentido ser considerada como psiquiatría infantil.

Según Reisman (1966) a finales del siglo XX los profesionales que atendían a los niños creían que los desórdenes que éstos presentaban se debían a deficiencias en la educación y en su entrenamiento.

La terapia de juego en sí misma, proviene de los esfuerzos por aplicar la terapia psicoanalítica a los niños. Se cree que Hermine Hug-Hellmuth (1922) fue la primera terapeuta en utilizar el juego como parte esencial en el análisis del niño y en proporcionar al niño en terapia, materiales de juego para que se expresara. A pesar de que su trabajo antecede al de Anna Freud y Melanie Klein, Hug-Hellmuth no desarrolló una aproximación terapéutica específica. Sin embargo, dirigió la atención hacia las dificultades en la aplicación de métodos para adultos en la terapia infantil.

En 1919 Melanie Klein comenzó a utilizar el juego como una técnica que permitía analizar a los niños menores de seis años. Ella creía que el juego era determinado por una motivación igual a la de las asociaciones libres del adulto. El análisis se llevaba a cabo sustituyendo las verbalizaciones por el juego; de esta forma, se tenía un acceso directo al inconsciente del niño. En sus trabajos posteriores profundiza en el uso de la técnica de juego (1932). Durante el mismo período Anna Freud comenzó a utilizar el juego como una manera de alentar al niño a formar una alianza con ella. A diferencia de Klein, Anna resaltaba la importancia de desarrollar una relación emocional entre el niño y el terapeuta

antes de realizar una interpretación de las motivaciones inconscientes en los dibujos o juegos del niño (Freud, 1946).

En la actualidad la definición que proporciona Landreth (1991), resume lo que aún hoy se entiende por psicoterapia de juego:

“... una relación interpersonal dinámica entre un niño y un terapeuta entrenado en terapia de juego que provee material de juego seleccionado y facilita el desarrollo de una relación segura para el niño que le permite expresarse totalmente y explorar su yo a través del medio de comunicación natural del mismo, el juego” (p. 14).

De acuerdo con Schaefer (1988) existen varias razones que permiten incorporar el juego y sus medios al proceso terapéutico de niños:

1. El juego y los juegos son un medio de expresión natural, experimentación y aprendizaje en general del niño.
2. El niño se siente “en casa” en un escenario de juego y se relaciona fácilmente con los juguetes y lo que les concierne.
3. Un medio de juegos facilita la comunicación y la expresión.
4. Un medio de juegos también permite una liberación catártica de sentimientos, frustraciones, ansiedades.
5. Las experiencias de los juegos son renovadoras, saludables y constructivas.
6. Un adulto puede comprender más completa y naturalmente el mundo de los niños observándolos en sus juegos, se relaciona con ellos más fácilmente mediante las actividades de juego que tratando de inducir discusiones completamente verbales de sus vidas.

Dighton (2001, en Cattanach, 2003) propone diez ideas claves que forman los parámetros de la terapia de juego, y que los terapeutas siempre deben tener presentes independientemente del modelo con el que trabajen, pues les permiten ubicarse en la situación del niño en la terapia:

1. Las experiencias de los niños relacionadas a sus problemas, dificultades o conflictos tienden hacia la expresión.
2. Las asociaciones entre la expresión y las experiencias relacionadas con los problemas, dificultades o conflictos pueden ser conocidas o desconocidas.

3. El cambio terapéutico no está sentado como premisa en la consciencia de la asociación entre la expresión y las experiencias relacionadas con el problema, dificultad o conflicto.
4. El medio de expresión natural e instintivo del niño es el juego.
5. Un elemento integral del juego es su distancia simbólica.
6. La distancia simbólica le permite al niño expresar de una forma segura sus sentimientos, pensamientos, creencias, y actitudes que rodean sus experiencias de vida relacionadas con sus problemas, dificultades o conflictos.
7. Que estas experiencias de vida se expresan, exploran y se les da sentido mediante la relación dinámica entre niño y terapeuta.
8. Que estas interacciones son un proceso que toma lugar dentro del contexto de una relación y un espacio terapéutico bien definido.
9. Que el proceso terapéutico le permite al niño tanto cambiar activamente su perspectiva en sus experiencias de vida como aliviar el sufrimiento relacionado a sus experiencias de vida.
10. Que tales cambios en su perspectiva pueden traducirse en cambios de conducta, cognición, afecto, actitud y/o creencia

En la psicoterapia de juego se requiere un cuarto especial para atender al niño, su principal característica es que debe ser un lugar seguro para el niño, privado y aislado del ruido exterior, contar con suficiente espacio; de ser posible contar con un pequeño baño. Se recomienda que los materiales estén a la altura del niño, ya sea colocándolos en repisas, o en un pequeño armario. Se debe contar con muebles resistentes y adecuados al tamaño infantil (una mesa, sillas para niños y sillas para adultos), de tal forma que el niño pueda realizar actividades como pintura, plastilina, barro, etcétera (Esquivel, 2005).

Para lograr que éste sea un espacio seguro se deben marcar ciertos límites que tienen que ver esencialmente con la seguridad personal, la protección del cuarto de juego y de los juguetes, el mantenimiento de la integridad de las sesiones de juego, así como la restricción de comportamientos antisociales.

En cuanto a los materiales que se utilizan, los cuales son en su mayoría juguetes, Esquivel, Heredia, & Lucio (2007) recomiendan que cumplan ciertas características, principalmente no deben ser complicados y deben estar de acuerdo con la edad del niño. También deben despertar su interés, permitir un amplio rango de expresión creativa y

emocional; generar placer; ser resistentes y no deben implicar aislamiento. Se recomienda que sean muy variados, de forma que puedan categorizarse en juguetes que representen la vida real (muñecas, casa de muñecas, títeres, carros, barcos, llaves, etc.), que permitan la expresión de la agresión (pistolas, espadas, soldados, policías, animales salvajes, punching-back, etc.), y que permitan la expresión de la creatividad y la emoción (arena, agua, telas de diferente textura, etc.)

Antes de llevar a cabo una intervención terapéutica, sea cual sea el modelo elegido por el clínico; se debe realizar una evaluación. Ésta tiene como finalidad saber si el niño muestra evidencia de psicopatología así como los factores que contribuyen a su mantenimiento.

Regularmente la evaluación se inicia con la entrevista a los padres, de esta forma, se obtiene información acerca de la naturaleza específica de los problemas de conducta del niño, su inicio, sucesos que los hayan precipitado, situaciones en las que se presentan, reacciones paternas ante éstos, y los intentos previos por manejarlos. También se indaga la historia de desarrollo del niño, su historia médica, su rendimiento escolar, sus relaciones con pares y familia, entre otros. Igualmente se valoran las expectativas de los padres en relación a la conducta del niño, y la medida en la que ellos podrían estar contribuyendo a las dificultades de su hijo. La entrevista a los padres casi siempre se complementa con una entrevista al niño que cuando es muy pequeño se realiza a través del juego y en el caso de niños mayores se puede recurrir en gran parte a la conversación. Lo importante es obtener datos sobre la manera en que el niño percibe sus dificultades. De la misma manera se le aplican al niño pruebas tanto psicométricas como proyectivas, y en algunos casos hasta neuropsicológicas (Johnson, 1992; Esquivel, et al, 2007)

Todo esto es de vital importancia para tomar una decisión terapéutica pues se valora si el niño se beneficiará de la psicoterapia.

PSICOTERAPIA DE JUEGO GRUPAL

La terapia de juego grupal proporciona a los niños un proceso psicosocial a través del cual pueden desarrollarse y aprender acerca de ellos mismos y de otros. En los grupos los niños experimentan las cualidades terapéuticas liberadoras de descubrir que sus pares también tienen problemas, y así disminuir la percepción de que son los únicos con

dificultades. En este tipo de trabajo se brinda a los niños la oportunidad de reacciones inmediatas por parte de sus pares así como la oportunidad de aprendizaje vicario. Los niños también desarrollan sensibilidad hacia los otros y reciben un gran estímulo a su autoconcepto al sentirse útiles para alguien más. En el grupo los niños también descubren que son merecedores de respeto y que su valor no depende de lo que ellos hagan o en lo que produzcan sino en lo que ellos son.

Los niños aprenden que no solo es aceptable ser único, sino también valorado. La cooperación en el grupo es importante, y en ocasiones, la obediencia imperativa. Al mismo tiempo, se valora la creatividad y la originalidad. Un grupo de juego terapéutico puede proporcionar la cosa más cercana a la estructura y aceptación de una familia como lo es para algunos niños.

Sweeney resume algunas ventajas básicas de la terapia de juego grupal; los grupos tienden a promover la espontaneidad en los niños y por tal incrementar el nivel de participación en el juego. Los niños observan las expresiones emocionales y conductuales de otros miembros del grupo y aprenden conductas de afrontamiento, de solución de problemas, y vías alternativas para la autoexpresión. La experiencia da oportunidad al autodesarrollo y autoexploración. Los niños tienen la oportunidad de reflexionar sobre sí mismos y lograr insight conforme aprenden a evaluarse y reevaluarse a la luz de la retroalimentación de sus pares. Los grupos proporcionan oportunidades significativas para anclar a los niños al mundo de la realidad, pues el grupo sirve como un microcosmo tangible de la sociedad, por lo que la experiencia en el grupo de terapia de juego se encuentra tangiblemente atada a la realidad. La situación de juego grupal puede disminuir la necesidad de algún niño o su tendencia a ser repetitivo o a retraerse en el juego de fantasía, el grupo saca al niño de esa tendencia y lo trae al "aquí y ahora". Los niños tienen la oportunidad de practicar habilidades de la vida diaria como desarrollar habilidades interpersonales, dominar nuevas conductas, ofrecer y recibir asistencia, y experimentar con expresiones alternativas de las emociones y la conducta. La presencia de más de un niño en el lugar puede ayudar en el desarrollo de la relación terapéutica para algunos niños.

Generalmente se recomienda utilizar la terapia de juego individual como parte del proceso de screening para miembros potenciales de grupo, aunque sea una sola sesión de juego.

Otros métodos de selección también pueden ser apropiados, como reporte de los padres, reporte de los maestros, evaluación conductual, y entrevistas con los niños.

Entre más pequeños los niños, más pequeño el grupo. Puede ser útil mantener el grupo balanceado. Puede ayudar evitar componer un grupo de niños quienes hayan experimentado el mismo trauma. Esto es necesario para prevenir un escalamiento de conductas o emociones traumáticas. De manera general se sugiere que un grupo no tenga mayoría de ningún género. El rango de edad de los niños en el grupo de terapia de juego no debe exceder los doce meses.

Landreth (1991) sugiere que en general, los materiales de juego deben ser seleccionados para apoyar los siguientes propósitos:

- Facilitar un amplio rango de expresión creativa
- Facilitar un amplio rango de expresión emocional
- Facilitar el juego expresivo y exploratorio
- Permitir la exploración y expresión sin verbalización

Puede no ser apropiado proveer suficientes juguetes de un solo tipo, de manera que cada miembro del grupo tenga uno. Mientras que esto parece promover la justicia, no les brinda a los niños oportunidades para aprender a compartir y resolver los conflictos con materiales de juego limitados.

Se recomienda relacionar la duración de la sesión grupal con la edad de los niños miembros. Simplemente, entre más pequeños, más cortas las sesiones. El terapeuta debe tener una alta tolerancia al desorden y ruido y debe ser capaz de manejar el frecuente caos. Es vital que el terapeuta mantenga balanceadas las respuestas entre los miembros del grupo y evite enfocarse mucho en algunos niños quienes estén más activos o necesitados.

PSICOTERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

El campo de la psicoterapia infantil y del adolescente ha enfatizado cada vez más el uso de terapia basada en evidencia. Uno de los modelos que más se basan en evidencias, es la terapia cognitivo conductual (TCC), la cual se centra en cambiar los pensamientos y conductas desadaptativas. Aunque originalmente fue desarrollada para el trabajo con

adultos, la TCC ha recibido en los últimos años, un gran apoyo empírico para su uso con niños y adolescentes. Sin embargo, aún permanecen algunas preguntas acerca de cómo proporcionar la TCC a niños pequeños. Los niños pequeños, pueden no tener las habilidades requeridas para aprender las técnicas cognitivas tradicionalmente utilizadas en la TCC. Por lo anterior, tanto niños como adolescentes, pueden responder de manera más favorable a los tipos de técnicas más experienciales que con frecuencia se utilizan en la terapia de juego versus las técnicas verbales. La discusión de la aplicación de la TCC a niños pequeños se ha centrado en cómo enseñar de la mejor manera los conceptos originalmente diseñados para adultos, a los niños (Holmbeck, Greenley, & Franks, 2003). Existe el consenso acerca de que el trabajo de TCC con niños y adolescentes debe ser sensible al desarrollo (Grave & Blisset, 2004; Holmbeck et al., 2003; Ollendick & Vasey, 1999; Peterson & Tremblay, 1999; Shirk, 2001), pero se han proporcionado pocas adaptaciones y guías específicas (Weisz & Hawley, 2002).

Antecedentes históricos

Durante 50 años la psicología americana estuvo influenciada por la filosofía conductista. Con el tiempo, los psicólogos reorientaron y dirigieron su investigación a constructos como el pensamiento, los sentimientos, los motivos, los planes, las intenciones, las imágenes, y el conocimiento-ideas que no eran consideradas por el conductismo.

Las raíces del conductismo-cognitivo se encuentran en el trabajo de Edgard C. Tolman en los años 30's. Aunque él es recordado principalmente por sus estudios del aprendizaje, Tolman postuló "variables de intervención" cognitivas y representaciones mentales en el proceso de aprendizaje y propuso que éstas eran un área legítima para ser estudiadas empíricamente.

En el campo clínico, George Nelly (1955) adoptó un enfoque cognitivo en los primeros años de la década de 1950. Él se enfocó en la interpretación individual de los eventos de la vida y en los patrones de conducta que reflejan las suposiciones e interpretaciones de los eventos. Esas ideas después fueron trabajadas por Albert Ellis.

En la década de 1960 los estudios del aprendizaje por observación de Bandura (1963) resaltaron los eventos (cognitivos) secretos en el proceso de aprendizaje y permitieron un cambio del modelo básico E-R basado en los modelos de condicionamiento animal al

modelo E-O-R en donde O representa los procesos cognitivos que median la adquisición y regulación de la conducta. Este nuevo modelo provocó un incremento en el interés en la cognición dentro del proceso terapéutico.

De esta manera, la investigación básica evolucionó a formulaciones teóricas, lo que llevó a intentar aplicar estas ideas en el área clínica. Lo anterior llevo a diseñar aproximaciones cognitivo-conductuales intentando preservar lo mejor de las intervenciones clínicas conductuales pero reconociendo las experiencias cognitivas (internas) del individuo. En contraste con las intervenciones conductuales de ese momento, las nuevas aproximaciones terapéuticas no sólo reconocían el papel de los eventos cognitivos sino que también éstos se convierten en el centro del cambio.

En la década de los 70's la psicología del desarrollo ejerció una fuerte influencia en las intervenciones cognitivo-conductuales en niños, particularmente en las áreas de desarrollo del auto-control, la cognición social, la memoria, y las habilidades metacognitivas.

De manera general, las intervenciones cognitivo-conductuales “enfatan la compleja interacción entre eventos cognitivos, procesos, productos, y estructuras, afectos, conducta, y el contexto ambiental y experiencias como contribuidores a varias facetas de la conducta disfuncional” (Braswell y Kendall, en Dobson, 1998).

Aunque la terapia cognitivo-conductual abarca una variedad de estrategias y procedimientos, todas comparten el principio de que el aprendizaje juega un papel central en la adquisición y permanencia de la conducta adaptativa o disfuncional. Además, reconocen que el aprendizaje involucra más que sólo las consecuencias ambientales de la conducta; sino que también involucra la forma en que los individuos procesan cognitivamente la información. Debido a todo lo anterior, se debe entender que “cognición” y “conducta” no son conceptos dicotómicos cuando se refieren a intervenciones terapéuticas, sino que éstas últimas pueden clasificarse en un continuo donde el grado de elementos cognitivos o conductuales puede variar. Es por esto que con frecuencia se pueden notar elementos cognitivos en la mayoría de los procedimientos conductuales de condicionamiento clásico u operante así como elementos conductuales en las terapias cognitivas tradicionales (las cuales con frecuencia incluyen un reforzamiento sutil por parte del terapeuta a ciertas conductas del paciente).

La primera aplicación de la terapia cognitivo-conductual para niños se debe al trabajo de Donald Meichenbaum quien utilizó los trabajos de Luria y Vygotsky como base. Meichenbaum y Goodman (1971) desarrollaron el Entrenamiento Auto-Instruccional (SIT por sus iniciales en inglés) para atender a niños conductualmente impulsivos.

La aplicación de intervenciones cognitivo-conductuales con niños se ha enfocado a áreas específicas que se cree son el foco de muchos de sus problemas adaptativos. Estos objetivos de intervención han sido fuertemente influenciados por las tendencias teóricas y de investigación en la psicología del desarrollo.

Knell (1996) describe a la terapia de juego cognitivo-conductual (TJCC) como la incorporación de las intervenciones cognitiva y conductual dentro de un paradigma de terapia de juego. La terapia se basa en el cambio cognitivo. Cuando se trabaja con niños y se utiliza este modelo, el foco de la intervención es ayudar al niño a formular nuevos pensamientos que podrían ser adaptativos en su situación, y no, hacer pensar al niño como adulto (Cattanach, 2003).

Principios teóricos

Este enfoque es principalmente un entrenamiento, o un modelo de enseñanza; se enfoca en los problemas específicos que presenta el niño en la conducta, en sus sistemas de valores o creencias, en sus interacciones personales, así como en sus ambientes (Granvold, 1994; Cattanach, 2003). Supone que el niño al obtener más conocimiento y habilidades, cambiará sus cogniciones, conductas, y motivaciones (Persons, 1989)

Esta es una terapia directiva, por lo que el terapeuta junto con el paciente se pone de acuerdo en cuales serán las metas u objetivos de la intervención y estructuran un programa para dar refuerzo positivo a conductas deseables y extinguir aquellas que resultan indeseables.

Beck y Emery (1985) esbozaron 10 principios para la terapia cognitiva. Estos principios fueron reconsiderados por Knell (O'Connor, Schaefer, 1998) con el fin de clasificarlos por su aplicabilidad a niños pequeños, los que pueden aplicarse con una modificación y los que no son aplicables.

Para niños pequeños se pueden aplicar los siguientes principios:

1. La terapia cognitiva se basa en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales. Este modelo se refiere a la influencia recíproca entre cognición, emociones, conducta y fisiología. En lo que respecta a la función de la cognición, se debe tener presente que un niño en etapa preoperacional u operacional concreta puede ser ilógico, tener poca comunicación verbal de la conducta.
2. La terapia cognitiva es breve y limitada en términos de tiempo. Regularmente este tipo de terapia dura menos de seis meses, lo que alienta a la persona a ser autosuficiente y reducir la dependencia del terapeuta.
3. Una relación terapéutica sólida es una condición necesaria para una terapia cognitiva efectiva. Este tipo de terapia se basa en la confianza y aceptación.
6. La terapia cognitiva es estructurada y directiva. El grado de estructura es determinado por las necesidades del individuo. Con los niños pueden establecerse objetivos y agendas específicas para cada sesión.
7. La terapia cognitiva se orienta a los problemas. En el caso de los niños los enfoques de tratamiento deben enfocarse en el problema presente, pero teniendo presente la situación global del niño.
8. La terapia cognitiva se basa en un modelo educativo. Debido a que los síntomas se desarrollaron a través del aprendizaje de procedimientos inadecuados para manejar las situaciones diarias, lo que se busca es ayudar al paciente a cambiar sus estilos de enfrentamiento; de esta manera el terapeuta le enseña habilidades de enfrentamiento positivo y conductas alternativas.

Los siguientes principios se pueden aplicar a los niños pero requieren de modificaciones:

4. La terapia es un esfuerzo de colaboración entre terapeuta y paciente. Dado que los niños pequeños no tienen la capacidad de verdaderamente colaborar en su tratamiento, el terapeuta debe hallar un equilibrio de forma que él no se presente como autoritario. El equilibrio se halla proporcionándole al niño una estructura sin interferir en sus deseos o en su conducta espontánea.
5. En la terapia cognitiva se aplica principalmente el método socrático. En este enfoque el terapeuta utiliza la pregunta como guía evitando las sugerencias y las

explicaciones directas, con la intención de ayudar al paciente a cambiar el pensamiento inadaptativo. En el caso de los niños las preguntas directas no suelen ser muy efectivas por lo que se sugiere utilizar un formato de afirmación.

9. La teoría y técnica de la terapia cognitiva se basan en el método inductivo. Desafortunadamente el método inductivo está más allá de las capacidades de la mayoría de los niños, pero la perspectiva desde el terapeuta sí debe ser aplicada poniendo a prueba las hipótesis acerca del niño, las técnicas de tratamiento, conceptuando el caso y las estrategias de tratamiento de acuerdo con lo anterior.

Finalmente se presenta el último principio aunque no es aplicable al tratamiento de los niños:

10. La asignación de tareas en casa es una característica esencial de la terapia cognitiva. Se utiliza muy poco con los niños pequeños pues muchas veces son los padres las que las realizan o al menos tienen una gran participación en la realización de éstas.

La TJCC pone énfasis en la participación del niño en el tratamiento:

1. La TJCC involucra al niño en el tratamiento mediante el juego. El niño es un participante activo
2. La TJCC se enfoca en los pensamientos del niño, sus sentimientos, sus fantasías y el ambiente.
3. La TJCC provee una estrategia o estrategias para desarrollar pensamientos y conductas adaptativas. Al niño se le enseñan nuevas estrategias para enfrentar situaciones y sentimientos.
4. La TJCC es estructurada, directiva y orientada a la meta, más que de final abierto. El terapeuta trabaja con el niño y la familia para establecer metas y ayudar al niño a trabajar hacia esas metas.
5. La TJCC incorpora técnicas que han sido probadas empíricamente.
6. La TJCC permite un estudio empírico del tratamiento. Las técnicas usadas pueden evaluarse.

La TJCC enfatiza y motiva la participación del niño en el tratamiento, al encauzar los conflictos de control, dominio y responsabilidad por el propio cambio de conducta. Al incorporar los elementos cognitivos el niño puede convertirse en un participante activo en el cambio.

Concepción del juego

En la TJCC el juego parece usarse solamente como una técnica y como tal es descrito en términos concretos. En este enfoque el proceso de juego es controlado por el adulto más que por el niño. El adulto usa esos procesos de juego para enseñar al niño la conducta. La naturaleza simbólica del juego no es explorada, sólo se enseña a través de los juguetes, títeres, y del juego dramático. Los materiales de juego son elegidos por el niño y el terapeuta (Cattanach, 2003). Por todo lo anterior, el juego se utiliza con la finalidad de enseñar al niño habilidades y conductas alternativas.

Como se ha revisado hasta ahora, existen múltiples tratamientos basados en investigación, para el trabajo grupal e individual con niños y adolescentes con estrés postraumático y otros trastornos relacionados. La TCC centrada en el trauma (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006) es ampliamente reconocida, así como eficaz para el tratamiento de niñas víctimas de abuso sexual. La Intervención Cognitiva Conductual para el Trauma en las Escuelas (CBITS, por sus siglas en inglés) (Stein, Jaycox, Kataoka, Wong, Tu, Elliot, & Fink, 2003) tiene respaldo en investigación como una intervención para adolescentes tempranos víctimas de violencia.

Todos los tratamientos descritos anteriormente involucran la participación del terapeuta para proporcionar psicoeducación respecto a los síntomas comunes postraumáticos y el curso esperado del trastorno relacionado con el trauma, síntomas, o problemas. Se enfoca en clarificar la confusión y normalizar las reacciones postraumáticas. Los tratamientos regularmente resaltan la importancia de desarrollar o mejorar las habilidades de afrontamiento adaptativas, e incluyen intervenciones específicas para incrementar el uso de estrategias de afrontamiento efectivas por parte del sobreviviente. Con frecuencia, se alienta a los sobrevivientes jóvenes a identificar los métodos de afrontamiento que les puedan ser útiles (e.g., haciendo una lista de estrategias de afrontamiento útiles), y se le pide que empleen esas estrategias cuando se presenten los síntomas o recuerdos del evento traumático. Por ejemplo, se puede alentar a los niños a utilizar autoafirmaciones

positivas, hablar de sus sentimientos con algún adulto en quien confíen, redirigir su atención a un pensamiento o recuerdo más placentero, o distraerse ocupándose en una actividad placentera. Generalmente se desalienta del uso de estrategias con alta posibilidad de consecuencias negativas (e.g., uso de sustancias, aislamiento repetitivo y persistente, o autoafirmaciones negativas que involucren distorsiones cognitivas). Todo esto se enseña y se logra mediante el uso del juego en el espacio terapéutico, especialmente cuando se trabaja con niños de edad escolar o menores.

CAPÍTULO 4 METODOLOGÍA

JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La importancia de reportar el caso de **E** que presentaba un Trastorno por Estrés Postraumático que presentó un largo período entre el evento disparador y el diagnóstico y posterior tratamiento, radica en la situación actual que vive nuestro país y por ende sus habitantes, siendo los niños los más vulnerables al ser seres en desarrollo, para los cuales no existen modelos de atención a las problemáticas que actualmente estén dando respuesta a este tipo de padecimientos consecuencia de la experimentación de cualquier tipo de violencia social, como lo es la delincuencia. Además existe muy poca literatura sobre las formas que en el caso específico adquiere el Trastorno por Estrés Postraumático en nuestra población infantil, lo que lleva en muchos casos a situaciones de subdiagnóstico al verse enmascarado por motivos de consulta que no consideran los eventos traumáticos como disparadores de los síntomas que presentan los menores.

OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar la intervención realizada a través de la psicoterapia infantil con un enfoque cognitivo-conductual en un caso clínico con Trastorno por Estrés Postraumático.

Objetivos Específicos

- Llevar a cabo la evaluación necesaria para determinar el diagnóstico y a partir de él establecer los objetivos psicoterapéuticos para la intervención.
- Desarrollar una intervención psicoterapéutica apropiada para la problemática del niño.
- Evaluar la efectividad del tratamiento psicológico implementado.
- Analizar el proceso de intervención en cuanto su contenido para identificar los mecanismos que favorecieron al cambio en el menor.
- Realizar el análisis teórico-práctico del caso presentado en el presente reporte.

TIPO DE ESTUDIO

El enfoque metodológico utilizado fue el cualitativo, pues permite realizar una investigación basada en métodos de recolección de datos descriptivos y observacionales. En este enfoque las hipótesis surgen a lo largo del proceso terapéutico, permitiendo una investigación y abordaje flexible que permite modificaciones a lo largo del proceso.

Se presenta un Estudio de Caso intrínseco, debido al interés puesto en el caso per se, e instrumental pues también se busca describir la forma en que se implementó la psicoterapia infantil en esta caso específico buscando establecer pautas de intervención para casos similares (Hernández, 2006).

ESCENARIO

El caso se abordó en las modalidades de psicoterapia individual así como de psicoterapia grupal; esto como parte del entrenamiento de la Residencia en Psicoterapia Infantil en el Centro Comunitario Julián Sánchez Navarro y MacGregor perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Para el trabajo en modalidad individual se contó con un cubículo asignado para poder trabajar con el niño, el cual se modificó en repetidas ocasiones debido a las necesidades propias del centro. En la situación del trabajo grupal, se utilizó siempre el mismo espacio (sala de proyección) designado por el centro para estas actividades.

INSTRUMENTOS Y MATERIALES

Para la evaluación se utilizaron las técnicas e instrumentos:

- Entrevistas con la madre y el menor
- Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender (1974) (Anexo 1)
- Método de Evaluación de la Percepción de Frostig (DTVP-2) Hammil, Pearson, & Voress J. (1995) (Anexo 2)
- Escala Weschler de inteligencia para niños, WISC-IV (2007) (Anexo 3)
- El Dibujo de la Figura Humana en los niños según Koppitz (1995, Machover, 1960) (Anexo 4)
- El Test del Dibujo de la Familia según Corman (1967) (Anexo 5)

- Juegos/juguetes (carritos, ejército, muñecas, masitas, casita, títeres, familia de animales, colores, pinturas, entre otros adecuados para la edad)
- Valoración por médico especialista (oftalmólogo) del sistema visual

Para la intervención se utilizaron:

- Juegos/juguetes (carritos, ejército, muñecas, masitas, casita, títeres, familia de animales, colores, pinturas, entre otros adecuados para la edad)
- Cuentos/historias
- Hojas blancas

PROCEDIMIENTO

El caso se asignó de acuerdo a la lista de espera de atención infantil del Centro Comunitario “Juliàn MacGregor y Sànchez Navarro”. La primera sesión que se programó fue con la madre (el padre no pudo asistir debido a su horario de trabajo) para indagar el motivo de consulta y principales antecedentes del desarrollo. Se programó la siguiente sesión con **E** para iniciar el proceso de evaluación el cual duró 10 sesiones. Una vez obtenidos e integrados los resultados se inició la intervención, la cual se realizó con base en los conceptos propuestos por la psicoterapia cognitivo-conductual. La fase de intervención constó de 26 sesiones incluyendo el cierre del trabajo terapéutico. Además se tuvieron 6 sesiones con la madre y una sesión con madre y padre a lo largo del proceso. Finalmente, se propuso que tanto **E** como su madre participaran en terapia de grupo para niños ansiosos y padres de niños ansiosos (Ivonne Méndez y Laura Hernández encargadas del grupo de niños y Marionka Sánchez encargada del grupo de padres), con la intención de que **E** pudiera poner en práctica habilidades aprendidas en el proceso terapéutico, reforzarlas, adquirir mayor seguridad y servir como modelo a otros niños.



PRESENTACIÓN DEL CASO

Ficha de identificación

- Nombre: **E**
- Edad: 8 años 6 meses Fecha de nacimiento: 13-abril-2000
- Escolaridad: 3º primaria
- Padre: N Edad: 30 años
- Escolaridad: secundaria
- Estado civil: unión libre
- Ocupación: empleado de empresa refresquera
- Madre: M Edad: 27 años
- Escolaridad: 4º de primaria
- Ocupación: lava y remienda ropa
- Estado civil: unión libre

Motivo de consulta

La madre reporta que es la profesora del ciclo escolar anterior (2º) quien le comunica que **E** no rinde académicamente, que ella notaba potencial en él y le recomienda así buscar ayuda psicológica para su hijo. Además la madre nota que **E** hace la letra muy chiquita y no separa las palabras. Considera que el niño tiene un “miedo horrible” a la delincuencia desde que robaron su hogar cuando él tenía 3 años de edad.

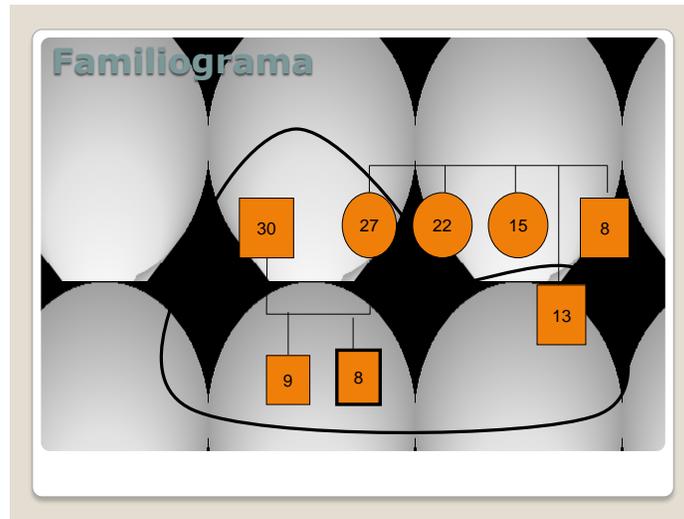
E decía asistir a terapia porque tenía muchos miedos, entre ellos a los robos, a que le pase algo si se queda solo, a los gritos de su maestra, e incluso a ir la baño por las noches en casa. Se describía como un niño miedoso.

Descripción clínica del menor

E es un niño cuya edad aparente coincide con la edad cronológica, tiene talla y peso esperado y adecuado para su edad. Su aliño y limpieza personal es adecuado. Utiliza lentes, sin embargo, no siempre los trae a la consulta. Su lenguaje y comprensión son lo esperado para su edad, pero en ocasiones era difícil entenderle debido a la ausencia de los dientes frontales (muda dental).

Durante las sesiones iniciales **E** vestía ropa deportiva acompañada de suéteres o chamarras gruesas, siempre traía una gorra o gorro tapando su cabeza, daba la impresión de encontrarse bajo una armadura o como de querer esconderse, él justificaba su uso aludiendo a enfermedades respiratorias. Pocas veces hacía contacto visual, su tono de voz era bajo, se mostraba suspicaz y se alteraba ante el menor ruido extraño o fuerte. Era cooperador pero poco espontáneo y propositivo. Constantemente buscaba señales de aprobación que le hicieran sentir seguro.

Familiograma



Composición y relaciones familiares

E es el segundo hijo del matrimonio de **M** y **N** quienes tienen una relación satisfactoria y estable desde hace 11 años. **E** tiene un solo hermano mayor: **C** (9 años) a quien admira y con quien constantemente se compara en logros y habilidades cognitivas, **C** destaca en la escuela por lo que ha recibido becas y reconocimientos. En ese momento vivía con la familia de **E** un hermano de su madre: **A** (13 años), quien padece de retraso mental y malformaciones en las extremidades izquierdas. A consecuencia del retraso mental de **A**, él debe asistir a la misma escuela primaria a la que asisten tanto **E** como su hermano sólo que **A** cursaba el 6º grado. **A** vivía con la familia de **E** desde hacía dos años, pues su madre se encuentra enferma y ya no puede hacerse cargo de él, por lo que la señora **M** lo lleva a su casa y comparte sus cuidados con su hermana. Entre semana es la señora **M** quien se hace cargo de **A** y los fines de semana él va a visitar a su madre.

Durante la estadía de **A** en la familia, **E** y su hermano se sentían constantemente amenazados por él, reportaban que en la escuela **A** se juntaba con los niños grandes y que parecía los mandaba a golpear lo que provocaba que **E** se sintiera especialmente inseguro en casa y en la escuela. Además **E** se quejaba de que su tío se refería a él con groserías y en casa invadía muchos de sus espacios, tenía que compartir con él la habitación así como sus juguetes ya que de no hacerlo su madre se molestaba y justificaba las conductas de su hermano por sus padecimientos.

Historia del desarrollo y antecedentes clínicos

E es producto de la segunda gesta de su madre, quien reporta que todo el embarazo tuvo un curso normal, sin complicaciones. Los padres no deseaban saber el sexo del bebé por lo que cuando nació se sorprendieron de que fuera niño, esperaban una niña porque su primer hijo había sido varón. **E** nació por parto normal, la madre y el niño egresaron ese mismo día del hospital al no presentarse complicación alguna. El niño peso 3.350 kgs, la madre no recordaba la talla. La alimentación fue a través del seno materno durante los primeros tres meses, después la madre recurrió a fórmula administrada en biberón, ante el cambio **E** no tuvo reacciones adversas. Lo describe como un niño tranquilo que se fue apegando a ella a partir de que empezó a caminar (año un mes de edad), volviéndose un niño llorón. No presentó gateo pues usaba andadera. La madre para calmarlo pasaba tiempo con él, le hablaba o le proporcionaba dulces atendiendo de manera casi inmediata a sus demandas.

Comenzó a controlar esfínteres aproximadamente al mismo tiempo que comenzó la marcha, motivado por el hermano mayor. No presentó dificultades para lograr el control e incluso desde muy pequeño despertaba en la noche pidiendo la bacinica.

La madre refiere que al año siete meses de edad comenzó a expresar palabras como mamá y papá y otros nombres, haciéndose entender con claridad.

Recibió en tiempo y forma las vacunas propias de la infancia, hasta el momento no ha padecido viruela ni sarampión.

A los tres años lo inscribieron en el kínder, él se mostraba interesado en asistir al observar a su hermano. Los primeros días hubo llanto ligero que la madre atribuyó sucedió por ver a otros niños llorar, pues él en realidad se encontraba emocionado por asistir a la escuela como su hermano.

El ingreso a la primaria no le causó dificultades, pertenecía al turno vespertino. La señora M reportaba que la organización para las tareas era algo difícil por la hora de salida de la escuela, el traslado a su hogar y la hora de inicio igualmente de la jornada escolar, contando así con poco tiempo para la realización de éstas. Debido a este cambio en el horario escolar **E** pasaba más tiempo con su madre que con su padre, con quien convivía más los fines de semana en actividades deportivas (fútbol).

La madre comentó que las maestras nunca tenían queja de que el niño tuviera conductas agitadas o agresivas, sino lo contrario, con frecuencia le reportaban que era tímido y aislado del resto de sus compañeros. La señora M sólo se mostraba comprensiva con su hijo ante estos comentarios de los profesores, lo platicaba con su hijo y él respondía que eran situaciones que le daban miedo.

No se reportan antecedentes clínicos de importancia en los padres.

Resultados de la evaluación

Área intelectual

De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo concluir que la habilidad perceptual de **E** se encuentra por debajo de lo esperado para su edad. Dicha situación originaba que su rendimiento escolar no sea el óptimo. En ambas pruebas aplicadas se manifestó dificultad en igualar estímulos visuales por lo que podemos corroborar la dificultad para reconocer algunas letras lo que explica las dificultades que experimentaba para la lectoescritura. Cuenta con ventajas que pueden ser utilizadas como apoyo, como la velocidad, seguir instrucciones y si hay estímulos que lo guíen es capaz de obtener logros. Esta capacidad perceptual se ha visto deteriorada debido al problema visual que padece **E**.

El rendimiento intelectual medido a través de una prueba de inteligencia estandarizada, corresponde a Promedio bajo. En el análisis de sus funciones se observa que su rendimiento es mejor en memoria de trabajo, lo cual le permite la evocación, acomodación y manejo de conceptos sencillos (series de números y letras). Otra área en la que su puntaje fue más alto es en velocidad de procesamiento, lo que implica que puede diferenciar las características esenciales en un tiempo ceterminado. Estas dos áreas de habilidad en las que el niño se destaca más obedecen a dotación natural, a diferencia de las demás, que se consideran pueden ser deficiente porque el niño no ha sido capaz de aprender o el ambiente no ha favorecido esta estimulación.

Por otro lado, también se observó que la subprueba con menor rendimiento es la de razonamiento perceptual, lo que se relaciona con las otras pruebas aplicadas (Bender, DTVP-2) probando que tiene dificultad en el manejo de conceptos visuales, diferenciación de estímulos, probablemente debida a la deficiencia visual que padece.

Su rendimiento en el área de comprensión verbal también fue bajo, esto pudo deberse a que son conocimientos que se adquieren en el aula o mediante estimulación de los padres, además estas tareas son más parecidas a las que regularmente se ejecutan en el salón de clase (tareas verbales y de comprensión). Es evidente que le es más fácil entender el mundo y sus reglas por medio de la experiencia diaria, a las otras tareas que implican contar con el concepto de cada palabra. Este último tipo de tareas de tipo más escolar pudieron provocarle más ansiedad que las otras, lo cual podría explicar la baja en su desempeño, ya que ha referido que teme a los exámenes y ansiedad ante las situaciones escolares.

Área socioafectiva

En el ámbito emocional se observaron indicadores de retraimiento, timidez, esta conducta se relaciona con los sucesos que fueron reportados como angustiantes para él, provocando que también manifieste inseguridad en la realización de sus actividades, afectando no sólo su desempeño escolar sino también en el desarrollo socioemocional, en todos los contextos (familia, escuela, pares). Su autoconcepto es pobre, no se cree capaz de obtener logros posibles para su edad. Ve a su hermano como una figura a quien admira por no tener miedos como él, pero eso hace que lo vea como inalcanzable, incluso refiere que él nunca podrá obtener los reconocimientos escolares que obtiene su hermano en cada período escolar. Gusta del fútbol pero menosprecia su habilidad, lo que le genera inseguridad y como consecuencia no se animaba a jugar con nadie que no sea su hermano. Percibe a su madre como una figura muy importante y que le brinda protección, con quien se puede sentir seguro. Igualmente, admira a su padre por su trabajo, percibe su apoyo y protección. Tiene una relación afectuosa con él aunque por situaciones del trabajo esté más asuete que la madre.

Diagnóstico

Dada la información obtenida mediante las entrevistas con madre y paciente, así como los resultados de la evaluación, en un proceso de integración llevado a cabo en los espacios de supervisión se concluyó lo siguiente:

EJE I F43.1 Trastorno por estrés postraumático, crónico

EJEII Z03.2 Ningún diagnóstico

EJE III Ninguno

EJE IV Sobreprotección de los padres, conflictos con otros miembros de la familia. Bajo rendimiento académico, dificultades para adaptarse a situaciones nuevas. Percepción de un mundo amenazante y completamente inalterable a su control. Dificultades para socializar, inseguridad general.

EJE V EEAG= 55 (en el ingreso) El menor presenta alteración moderada en la actividad social y familiar (dificultad para tener amigos y para relacionarse con algunos miembros de su familia, dentro de casa no puede desarrollarse de manera adecuada, teme incluso salir solo al baño por las noches), experimenta dificultades escolares que impiden su buen desenvolvimiento y aprendizaje (bajo desempeño en los exámenes, teme a la maestra y a sus compañeros). Estado de ánimo y pensamientos alterados, sentimiento de minusvalía, sensación de vulnerabilidad continua.

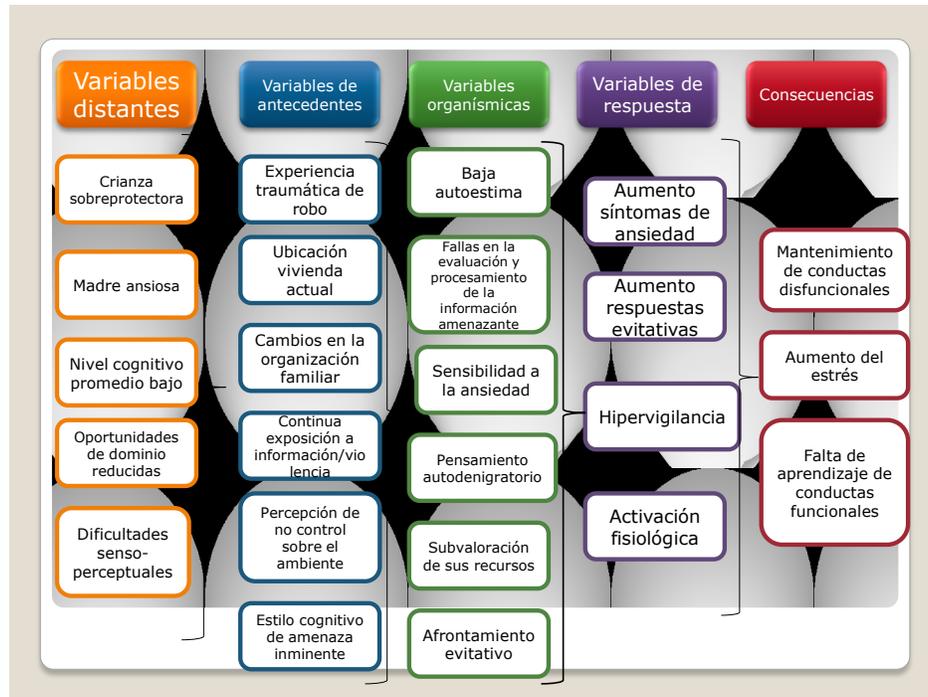
EEAG= 90 (en el alta) Se toma la decisión de dar el alta cuando se observan en el niño síntomas mínimos, es capaz de socializar normalmente e incluso brindar apoyo a pares que padecen circunstancias similares a las suyas, estado de ánimo estable, es capaz de evaluar su ambiente y sus habilidades de manera más realista. Su rendimiento escolar mejoró de manera notable, incluso en algunos períodos llegó a destacarse en las calificaciones. Los pensamientos intrusivos prácticamente han desaparecido, y cuando llegan a aparecer, él se siente capaz de hacerles frente y controlarlos. Se le observa más seguro de sí mismo, mantiene conversaciones adecuadas, su tono de voz refleja las emociones que vive.

Formulación de caso

A continuación se presenta de manera gráfica mediante un mapa clínico de patogénesis el conjunto de hipótesis respecto de las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales y sus consecuencias para este caso específico.

Para la formulación de caso se traza un mapa clínico de patogénesis (Nezu & Nezu, 1989), el cual es una descripción gráfica de las variables hipotéticas que contribuyen al

surgimiento y mantenimiento de las dificultades del paciente, especificando las relaciones funcionales entre ellas.



Propuesta de tratamiento para caso E

El tratamiento se derivó de la evaluación, teniendo como objetivo general el que **E** recuperara el bienestar emocional, buscando principalmente empoderarlo para así poder enfrentar sus temores y adquirir habilidades que le permitieran no sólo una mejora continua sino el establecimiento de conductas y creencias positivas de manera permanente. La propuesta de intervención se inició desde habilidades y objetivos fáciles de lograr que se fueran graduando en términos de dificultad de manera que **E** tuviera un éxito temprano y desarrollara una sensación creciente de dominio.

Se ha expuesto en este trabajo que varios factores están implicados en el desarrollo y mantenimiento de la ansiedad: (1) factores de aprendizaje social –la extensión en la cual el niño experimentó una historia de aprendizaje predictivo de respuestas condicionadas o traumáticas a estímulos anteriormente neutrales, y qué factores operantes se encuentran

actualmente manteniendo un patrón de evitación y de reacciones/respuestas ansiosas; (2) factores cognitivos –la extensión en la cual el niño muestra un patrón de competencia negativa y las expectativas de resultado, baja autoestima, y atención selectiva a las amenazas potenciales en el ambiente; (3) factores fisiológicos –la extensión en la cual el niños exhibe activación fisiológica (tensión muscular, problemas en la respiración) asociada con la evitación y la ansiedad; (4) factores familiares –la extensión en la cual el niños tiene relaciones familiares estables y cálidas, así como la extensión en la cual otros miembros de la familia tienen problemas de ansiedad; y (5) habilidades con los pares y sociales –la extensión en la cual el niños tiene las habilidades y oportunidades para desarrollar relaciones con sus pares apropiadas y satisfactorias. Todos los factores anteriores fueron tomados en cuenta para el diseño de la intervención, tanto individual como grupal (la cual se describe más ampliamente en un apartado posterior).

La aproximación general fue terapia de juego cognitivo-conductual; en la cual se integran técnicas conductuales (e.g., tareas de exposición, entrenamiento en relajación, actividades de juego de rol, práctica y recompensa), con énfasis de los factores cognitivos de procesamiento de información asociados con las ansiedades (distrés emocional, temores anticipatorios). Las fuerzas sociales (familia, pares) también están incluidas, tanto en la comprensión de la emoción como en las habilidades de control emocional. Debido a lo expuesto, se elige este enfoque ya que **E** presentaba pensamientos profundamente distorsionados en relación a él y al mundo que le rodeaba, percibía al mundo y a los otros como demasiado amenazantes, cuando en la mayoría de las situaciones no era así. La literatura habla de este enfoque como la mejor elección para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en niños y adultos. Se enfoca en las consecuencias observables de las problemáticas (conducta) y busca las cogniciones que las anteceden, con la intención de brindar entrenamiento para el cambio en las creencias o valores de los niños. Pretende brindar a los pacientes conocimiento sobre sus reacciones corporales, emociones, pensamientos, acciones; facilitando la comprensión del padecimiento y generando oportunidades para que el paciente tome un rol activo en su tratamiento y resultados, ganando poco a poco la percepción de dominio de habilidades con las que antes no contaba. Promueve la autosuficiencia al reducir la dependencia del terapeuta. Es orientada al problema pero no pierde de vista la situación global de vida del niño, lo que permite realizar ajustes conforme se van alcanzando los objetivos. La aplicación del método socrático, técnica principal de este enfoque, auxilia en el desarrollo de

pensamientos y conductas más adaptativas al evitar que el terapeuta sugiera o sea muy directo con sus explicaciones, dejando ese trabajo al niño. Fomenta el hábito de hacerse preguntas y poner en entredicho las creencias distorsionadas. Al ser una terapia que se centra en el aquí y ahora no pretende develar traumas inconscientes o tempranos sino sentar las bases de una forma diferente de procesar el mundo que resulte más adaptativa. Todos estos procesos se realizan con el juego de por medio, al tener éste todas las características y beneficios que ya fueron planteados en un capítulo anterior, ayuda a que el niño se relaje y disfrute de los nuevos aprendizajes, además de poder poner a prueba en un espacio seguro y sin riesgos sus nuevas habilidades.

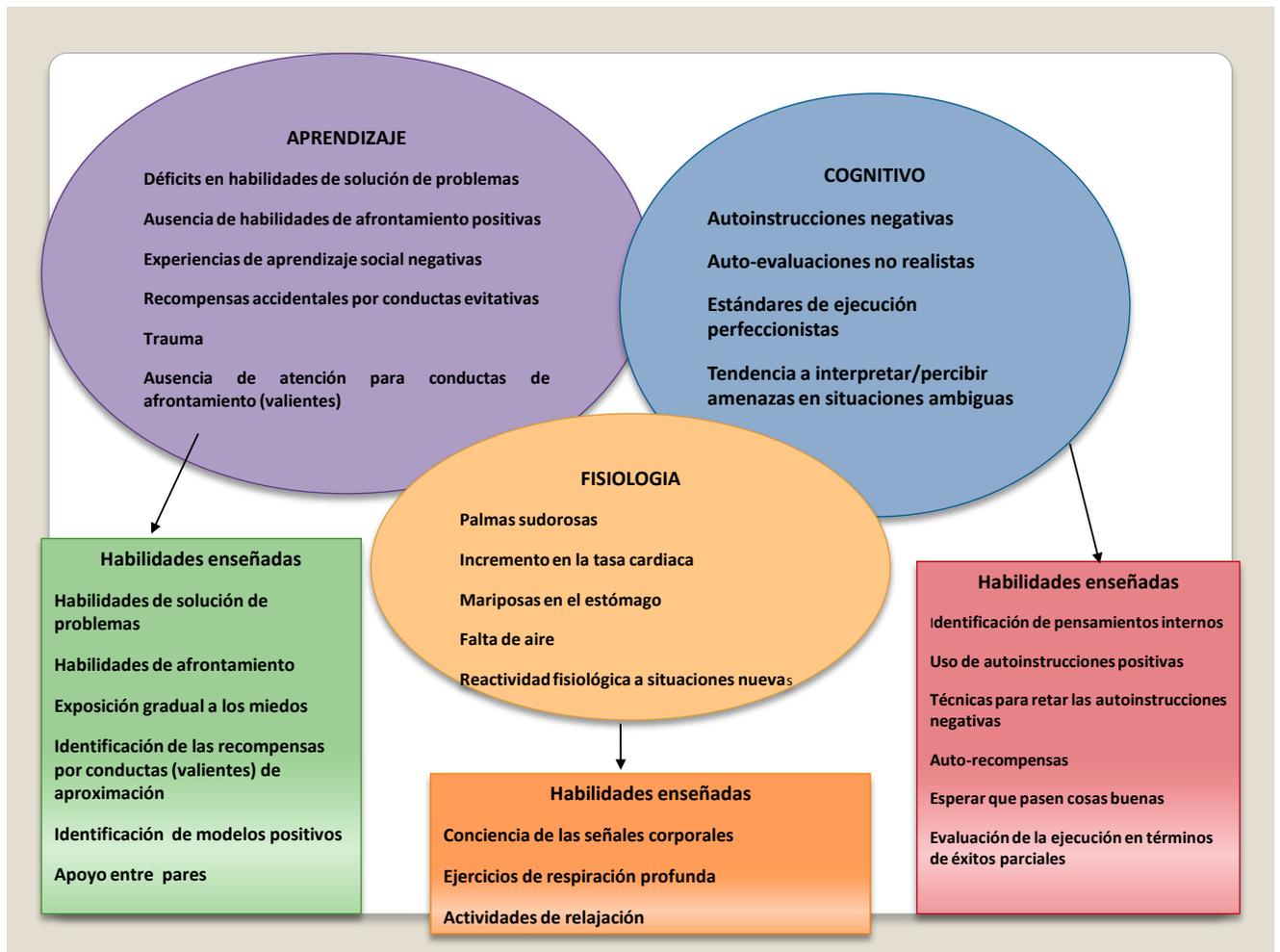
Sin embargo, no hay que dejar de lado que al momento de llegar **E** a la consulta se encontraba bajo gran sufrimiento, sus síntomas estaban exacerbados por lo que fue importante que como terapeuta lo primero que se llevara a cabo fuera la alianza así como la adherencia terapéutica de manera que **E** pudiera sentir el espacio terapéutico como propio, así como seguro y donde encontraría apoyo para superar su problemática. Teniendo como base al inicio de la intervención lo propuesto por la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998) en cuanto a no forzar al niño a participar en ejercicios de exposición. Y teniendo igualmente presente que los niños que han sufrido eventos traumáticos pueden encontrarse avergonzados no sólo por lo sucedido, sino por el daño o deterioro que esas situaciones les han provocado por lo que pueden presentarse bastante resistentes y el forzarlos a hablar de ello puede incluso empeorar sus síntomas. El tratamiento focalizado se comenzó cuando **E** pudo expresar lo que le había sucedido y cuando de él nace la petición de trabajar con ese suceso para así dejar de ser “miedoso”.

Resumiendo, con la elección del modelo de terapia de juego cognitivo conductual se pretendía que **E** aumentara el conocimiento de sí mismo, siendo el espacio terapéutico y terapeuta facilitadores para la comprensión de sí mismo, y mejorar su autocontrol de manera que le permitieran el desarrollo de habilidades cognitivas y conductuales más apropiadas. Ayudarle a identificar los pensamientos disfuncionales que eran predominantemente negativos, sesgados y autocríticos para transformarlos en cogniciones positivas, equilibradas y funcionales, reconociendo y tomando en consideración sus propios puntos fuertes y logros. Aún siendo un tratamiento enfocado en la resolución del trastorno por estrés postraumático y sus consecuencias en **E** la TJCC

permite que los aprendizajes y nuevas habilidades se generalicen a otros ambientes y problemáticas.

Objetivos de intervención y técnicas propuestas

En este apartado se muestran gráficamente los objetivos generales que se plantearon para el trabajo terapéutico. Tales abarcan tres esferas principales: síntomas cognitivos, síntomas fisiológicos y aprendizajes por desarrollarse o carentes en diversas áreas de vida del niño.



CAPÍTULO 5. ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Las sesiones con el niño se llevaron a cabo de manera individual y grupal, constaron de cuatro momentos. El primero correspondía a la bienvenida y remembranza de la sesión o sesiones pasadas; un segundo momento trataba la revisión de los ejercicios asignados para práctica en casa y/o elección del tema o juego de la sesión; en el tercer momento se enseñaban y ponían en práctica habilidades necesarias según el avance del proceso; y finalmente el cuarto momento permitía el cierre de la sesión haciendo una breve recapitulación de lo trabajado/enseñado así como de los beneficios que resultarían de ponerlo en práctica.

El registro de las sesiones se realizó por medio de grabaciones de audio, videograbaciones y registros anecdóticos realizados por la/las terapeutas. Dichos relatos eran supervisados tanto en modalidad grupal (Grupo GACC formado por supervisora clínica y compañeros residentes de la maestría que realizábamos prácticas en el CECOM “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”) como en modalidad individual con la tutora asignada por la jefatura del programa de maestría.

Para la realización de este trabajo se analizaron los registros de las sesiones encontrándose 5 fases, las cuales ilustran la metodología del proceso, el desarrollo y los resultados obtenidos. A continuación se muestra cómo se repartieron las sesiones, el tipo de modalidad y el nombre que se asignó a cada fase.

FASE	NÚMERO DE SESIONES TOTALES POR FASE	NÚMERO CONSECUTIVO DE SESIÓN	MODALIDAD
1. Evaluación	10	1-10	Individual
2. Preparar el camino	8	11-18	Individual
3. Aprendiendo habilidades	13	19-31	Individual
4. Cierre	5	32-36	Individual
5. Consolidación de resultados	6		Grupal

FASE1. EVALUACIÓN

Sesiones 1-10

En esta fase se describen las primeras 10 sesiones individuales con **E**, las cuales corresponden estrictamente al proceso de evaluación y las dos sesiones con la madre (entrevista inicial y devolución de resultados).

Entrevista con la madre

Viñeta

Relato del robo

Madre: cuando **E** tenía como 3 años vivíamos en otra zona-delegación mi esposo, mis dos hijos y yo. Era una casita sencilla. Los niños estaban en el kinder, como ya era hora de su salida fui a recogerlos. Cuando regresamos los vecinos nos avisaron que habían robado nuestra casa. Yo no supe qué hacer. Algunos de los vecinos me dijeron que los rateros todavía andaban por la colonia y que llevaban cargando mi televisión. Lo único que se me ocurrió fue meter a los niños a la casa y encerrarlos con llave y yo me fui a dar una vuelta a la colonia para ver si encontraba a los rateros. Me fui siguiendo el camino que me decían los vecinos y solo encontré a dos señores y uno iba cargando unos tabiques y no mi televisión como me habían dicho. En ese momento reaccioné y me di cuenta de que había dejado a mis niños solos en casa y para qué, ahora que lo pienso, no sé ni por qué hice eso, porque si hubiera encontrado a los rateros de todos modos no hubiera podido hacer nada. Ni modo que les quitara la televisión y jalinearlos. Me regresé rápido a mi casa y mis niños estaban llorando, el más grande me dijo que **E** se había puesto muy mal y cuando yo lo vi estaba llorando y temblando, los abracé y nos salimos todos de la casa para sentirnos más seguros. Regresamos más tarde y ya luego llegó su papá y lo primero que le dije fue que teníamos que salirnos de ahí, mudarnos a otro lugar.

En estas primeras sesiones se llevó a cabo la aplicación de pruebas formales para la evaluación de habilidades perceptuales, cognitivas y estado afectivo (las conclusiones se dieron conocer en un apartado anterior y los resultados de las pruebas se muestran en los anexos 1, 2, 3, 4, 5 y 6), además de sesiones de juego libre. Se intenta explicar en

esta primera fase cómo se llegó al establecimiento del diagnóstico, las hipótesis que fueron surgiendo y el planteamiento de los focos de intervención.

E desde el inicio se mostró como un niño retraído, constantemente se encontraba en estado de alerta, ante el menor cambio o ruido se sobresaltaba y se le notaba agitado. Parecía desear pasar desapercibido, siempre iba muy cubierto con chamarras gruesas y gorros o gorras, que evitaban que se le pudiera mirar a los ojos y establecer contacto. Su mirada siempre era suspicaz y se mostraba tímido al momento de encaminarse al consultorio en mi compañía. Casi no hablaba y cuando lo hacía no siempre era fácil entenderle debido a la muda de los dientes además de que su tono de voz era muy bajo.

Al cuestionarle sobre su motivo de consulta refirió ser un niño muy “miedoso” y que le gustaría ser como su hermano y tener buen desempeño escolar. Identificaba temerle a la maestra cuando gritaba (aunque nunca le había gritado a él), las películas de terror le daban mucho miedo y le provocaban pesadillas, creía lo podían robar cuando salía de la escuela por lo que siempre le pedía a su madre llegara a tiempo a recogerlo. En general creía que le podía pasar cualquier cosa cuando se encontrara solo en la calle o que podían volver a robar su casa en cualquier momento; una idea general de alta vulnerabilidad y necesidad de ejercer algún tipo de control sobre su ambiente. En las noches tenía que despertar a su hermano para que lo acompañara al baño (el cual se encontraba fuera de las habitaciones) pues temía a la oscuridad y a una rata. Reportaba también sentirse en constante amenaza por la presencia de su tío **A** en el hogar y en la escuela. Decía que **A** era mal hablado y que en la escuela mandaba a niños de 6º grado a golpearlo y también a su hermano.

En las observaciones de juego libre **E** desarrollaba juegos estereotipados, repetitivos y poco espontáneos. Se movía poco dentro del consultorio y cuando lo hacía era por sugerencia de la terapeuta. El juego que desarrolló estas primeras sesiones fue con los carritos, era una competencia entre el que él escogía y el mío. Decía que era su juego favorito y que en casa su hermano nunca quería jugarlo con él, así que aprovechaba el tiempo y espacio de la sesión para este juego, el cual solo consistía en hacer correr los carros de una pared a otra sin acompañamiento de sonidos y sin mostrar disfrute ni mayor emoción cuando ganaba o perdía.

Una vez terminada la aplicación de las pruebas psicológicas se integraron los resultados encontrándose dificultades en la percepción e integración visual, y un rendimiento cognitivo promedio bajo. Estos descubrimientos coincidían y explicaban la queja de la profesora de segundo grado (letra muy chiquita y no separa las palabras). Dados estos resultados se planteó la posibilidad de la existencia de algún trastorno orgánico que pudiera estar interfiriendo en su desarrollo normal y afectando así el rendimiento académico, por lo que se mantuvo como una hipótesis a descartar mientras se recababa mayor información y se contactaba a un especialista del sistema visual que pudiera detectar si sus dificultades en la percepción visual se debían a fallas en el sistema visual y de ser así pudieran ser atendidas.

En la devolución de resultados a la madre (segunda sesión con ella) se le informó la posibilidad de tener que recurrir a especialistas del área médica para descartar que el bajo desempeño de **E** en las pruebas aplicadas tuviera un trasfondo orgánico más que complicaciones resultado del estado emocional del niño. Además se le recomendó buscara apoyo pedagógico para su hijo. Durante esta devolución admitió que **E** había sido diagnosticado con miopía durante una evaluación realizada en su escuela y que estaban esperando la entrega de sus anteojos. Se acordó con la madre contactar a una clínica privada que ofrecía servicio de evaluación y terapia visual para descartar o atender problemas de percepción relacionados con el sistema visual más allá de la miopía. La madre mencionó que su hermana estudió para ser Educadora y que ella tenía muy buena relación con **E** por lo que pediría su ayuda para auxiliarlo en las tareas escolares, ya que reconocía que en ocasiones ella presionaba mucho a sus hijos cuando estudiaban para los exámenes.

Se contactó a una clínica, se explicó al médico oftalmólogo la situación económica de la familia a lo que él respondió de manera muy accesible a realizar la evaluación sin ningún costo para el paciente. Se proporcionaron los datos del médico y la clínica a la madre. **E** y su madre asistieron a la sesión de evaluación visual en mi compañía (requerida por el médico). Los resultados de esta sesión confirmaron que **E** padece de miopía (como ya lo habían detectado en la evaluación escolar) y la única recomendación que hicieron fue la de utilizar sus anteojos en todo momento y si no había mejoras tendría que regresar para otra valoración.

Una vez descartado algún trastorno orgánico, se determinó que el diagnóstico de **E** correspondía al Trastorno por Estrés Postraumático crónico ya que mostró síntomas desde los 3 años que se fueron complicando y nunca habían sido atendidos. Para el momento de nuestro primer encuentro **E** ya tenía aproximadamente cinco años de vivir experimentado la siguiente sintomatología a consecuencia de haber experimentado el acontecimiento traumático del robo a su hogar (específicamente haber quedado desprotegido en su casa, al salir su madre y encerrarlos sin primero cerciorarse de que éste fuera un lugar seguro para ellos):

- Experimentó horror intenso al verse vulnerable y sin la figura de protección (madre)
- Con frecuencia recordaba el acontecimiento traumático, lo que le provocaba un gran malestar emocional (recuerdos intrusivos) y ante el recuerdo reexperimentaba la angustia no sólo cognitivamente sino también con reacciones fisiológicas como sudoración palmar, aumento en ritmo cardíaco, entre otras. (exposición a estímulos internos o externos que simbolizaban el acontecimientos)
- Se esforzaba por evitar verse involucrado en conversaciones sobre el suceso traumático, igualmente evitaba involucrarse en situaciones que creía lo ponían en peligro (pedía a su madre llegara a tiempo por él a la escuela para que así nadie lo pudiera robar). No participaba en actividades extraescolares pues le era difícil socializar y se creía en riesgo en todo momento. **E** creía que su vida nunca podría ser diferente, como si se hubiera resignado a ser “miedoso”, era muy sensible a cualquier crítica o muestra de desaprobación (aunque nunca había sido regañado por su profesora siempre estaba pendiente de cómo respondía ella no sólo a él sino al resto de sus compañeros).
- Presentaba aumento de la activación, le era difícil mantener el sueño, tenía dificultades para concentrarse en la escuela, consultorio, ambientes nuevos. Se encontraba hipervigilante en búsqueda de estímulos que le parecieran amenazantes.

A consecuencia de toda esta sintomatología **E** se sentía devaluado, con pocas esperanzas, era desconfiado, tímido, e inseguro. Se formularon los objetivos de intervención mencionados en el apartado bajo este nombre, priorizando el que **E** pudiera confiar en la terapeuta así como en el espacio terapéutico para ayudarlo a recuperar la

confianza en sí mismo y en los otros, a diferenciar estímulos amenazantes de los que no lo son pero siempre monitoreando su progreso escolar.



FASE 2. PREPARAR EL CAMINO

Sesiones 11-18

En esta fase ya se tenían identificados los objetivos de intervención. Lo principal de esta etapa fue continuar generando confianza en **E**, quien con el tiempo se mostraba cada vez menos hipervigilante y reactivo, disfrutaba el espacio y la relación con la terapeuta además de que se volvía más participativo y abierto a hablar de sus problemáticas. En esta etapa nuestras sesiones comenzaban con una breve plática sobre cómo se sentía y cómo había transcurrido su semana, además llevábamos a cabo ejercicios de relajación (respiración y muscular) que él disfrutaba mucho especialmente el de relajación muscular (técnica robot-gelatina). A continuación se ilustra esta etapa que tuvo una duración de ocho sesiones.

Sesión 14

Viñeta

E: Oye psicóloga, ¿tú conoces a los ositos cariñositos?

Terapeuta: Sí los conozco, los veía y me gustaban mucho cuando era niña. ¿Tú cómo los conociste?

E: Ah, es que los pasan en la tele, la caricatura y yo los veo

Terapeuta: ¿Y te gustan?

E: Sí, me gustan mucho. Oye, ¿te puedo decir algo?

Terapeuta: Claro, lo que quieras. Dime E.

E: Yo creo que tú y yo somos como los ositos cariñositos.

Terapeuta: ¿Sí? ¿Quién serías tú y quién sería yo?

E: Seríamos el del amor y la alegría, tú eres el de la alegría y yo el del amor.

Terapeuta: ¿Por qué yo soy el de la alegría?

E: Porque me gusta mucho venir contigo, y cada vez me siento mejor, tú me haces sentir feliz

Terapeuta: Muchas gracias por esas palabras E, me agrada que te sientas así de trabajar conmigo, yo también soy muy feliz al poderte ayudar. Oye ¿tú por qué eres el del amor?

E: Porque yo siempre soy muy cariñoso con mi mamá y mi familia, los quiero mucho.

La viñeta deja ver el establecimiento de la relación niño-terapeuta, identificando a la terapeuta como alguien que le puede ayudar y le trae bienestar, con características de alguien con quien se puede relacionar, identificar y confiar. Le muestra el valor que tiene para él y sus implicaciones como agente de cambio en su vida. Esto permite entonces que se puedan trabajar los objetivos planteados de manera más directa, pues la terapeuta ya fue aceptada dentro del mundo del niño asimismo el menor a reconocido que puede recibir ayuda de ésta.

Esta fase se termina y se avanza a la siguiente cuando se comparte con **E** la historia "Mauricio supera sus miedos" (ver Anexo 7), el relato de esta historia requirió de todo el tiempo de la sesión. Esta historia trata de un pequeño mono que teme a las víboras y por tal motivo prefiere no salir de casa, hasta que su abuelo lo ayuda a superar su miedo presentándole a una víbora buena, a quien se le puede acercar sin correr peligro. Así Mauricio se anima a salir de casa y recibe como recompensa implícita el descubrir un nuevo territorio lleno de alimentos que puede compartir con su comunidad. **E** se mostró muy atento durante todo el relato, su cara expresaba sorpresa al ver algunas similitudes con su propia experiencia de vida. Lo que fue más importante es que pudo identificarse con el personaje del cuento, lo que también le generó esperanza sobre su recuperación,

poder confiar otra vez en la gente y verse como alguien capaz de superar sus miedos, y ya no dejarse definir por ellos; de aquí mi sugerencia como terapeuta de brindarle herramientas para poder manejar su ansiedad y controlar las amenazas percibidas erróneamente.

Sesión 18

Viñeta

Después del relato observo a **E** y ambos permanecemos en silencio, tras un breve momento comienzo a hablar con él.

Terapeuta: ¿Qué te pareció la historia?

E: Mauricio era como yo, miedoso. Pero su abuelo lo ayudó y ya no tiene miedo.

Terapeuta: Sí, y como ya no tiene miedo puede salir de su casa y explorar otros lugares, muchos creyeron que no lo lograría pero él se esforzó y lo logró.

E: Sí, dejo de ser miedoso

Terapeuta: Al principio le temía a las víboras y tenía razón porque le había pasado algo, pero eso no quería decir que todas fueran malas. Se animó a conocer una diferente, una que era amiga de su abuelo y él estaba seguro de que era buena.

E: Es como me pasó a mí

Terapeuta: ¿Qué te pasó?

E: Me pasó algo malo, gente mala robó mi casa y por eso ahora muchas cosas me dan miedo

Terapeuta: ¿Te pasa como a Mauricio? Crees que muchas personas pueden ser malas y te da miedo y tal vez por eso no quieras ni acercarte a ellas.

E: Sí, pienso que si salgo a la calle me van a robar o me van a hacer algo, no me gusta salir sin mi mamá o mi hermano, si él sale solo también me preocupo.

Terapeuta: Yo te puedo ayudar con eso de volver a confiar, que no es lo mismo a decirte que no hay peligros, porque sí los hay pero debemos aprender a identificarlos y a cuidarnos. Yo creo que nos podemos enfocar no sólo en la palabra miedo, me parecería mejor que a nuestro trabajo lo llamáramos “ser más valientes”. ¿Qué te parece?

E: Me gusta

Terapeuta: ¿Estás de acuerdo con que así empecemos la siguiente sesión? ¿Hablando de estos temas?

E: Sí

FASE 3. APRENDIENDO HABILIDADES

Sesiones 19-31

Una vez completada la evaluación, planteados los objetivos, y haber logrado la confianza de **E** así como la alianza terapéutica, se comenzó a trabajar dirigidos hacia el cambio cognitivo y conductual del niño, haciendo uso de las herramientas planteadas en el capítulo 4 en los apartados: propuesta de tratamiento para caso **E**, objetivos de intervención y técnicas. Esta fase tuvo una duración de 13 sesiones.

Sesión 22

Viñeta

Terapeuta: De ahora en adelante vamos a hacer algunos ejercicios, aquí y en casa. Aquí serán con los juegos y juguetes y en casa mamá te va a ayudar. Yo voy a platicar con ella y le diré lo que tiene que hacer. Muchas veces me has comentado que te gustaría hacer cosas solo, cosas que otros niños de tu edad hacen, como salir a la tienda, poder ir al baño solo. ¿Recuerdas?

E: Sí, eso me gustaría mucho

Terapeuta: Bueno pues vamos a seguir aprendiendo muchas estrategias, así como trabajamos nosotros, jugando. Ya hemos platicado de cómo a veces no consideras muchas cosas de las situaciones que vives, por ejemplo andar solo en la calle sí es peligroso, pero si aprendemos a observar por dónde andamos, quiénes están en la calle, sabremos cuándo estamos en peligro y cómo cuidarnos.

E: sí

Terapeuta: Por ejemplo, cruzar la calle es peligroso pero nosotros aprendemos a cuidarnos y entonces antes de cruzar miramos hacia ambos lados de la calle para ver que no venga ningún coche, ¿estás de acuerdo?

E: Sí

Terapeuta: Así pasa con todo, tenemos que aprender a fijarnos bien en lo que pasa a nuestro alrededor. Si vas a la tienda, antes de salir puedes asomarte y ver si conoces a la gente que está en la calle, si ves a alguien sospechoso, entonces tendrás que ir con más cuidado o pedirle a alguien que te acompañe. ¿Crees que podamos intentar eso aquí en el consultorio jugando con los muñequitos?

E: Sí quiero

Terapeuta: Ya luego yo le daré instrucciones a tu mamá para que también puedas hacerlo en casa, le diré que pueden intentar poco a poco ir a la tienda, que vayas tu y ella te acompañe a cierta distancia para cuidarte, tú le dirás cómo te sentiste y así ella poco a poco se irá alejando cuando tu vayas a la tienda, hasta que un día puedas ir solo ¿te gusta?

E: ¡Sí! Me gustaría mucho. Así ya podría ir solo, yo creo que sí vamos a poder hacerlo como tú dices y que mi mamá me ayude.

Esta viñeta representa la forma en que se tomaban en cuenta los deseos de cambio de E y se dirigían las propuestas terapéuticas para el cumplimiento de esos logros que a él tanto le interesaban y que lo ayudaban a ser más funcional en su ambiente, además de crecer su autoestima y confianza en sí mismo así como en los otros. Mediante el juego E podía probar diferentes alternativas para llevar a cabo esos cambios que él necesitaba, podía ensayar sus opciones de respuesta ante tales dificultades lo que le permitía familiarizarse con los procedimientos y así llevarlos a cabo con más facilidad cuando los trabajara con su familia, pues ya tenía un abanico más amplio de opciones. Me reuní con la madre y le di las instrucciones claras y precisas para llevar a cabo este ejercicio en casa con E, la madre reconoció después que ella se sentía muy ansiosa al tener que dejar que E fuera a la tienda o hiciera cosas fuera de casa sin ella. Abordé las ideas erróneas que ella tenía sobre su hijo y cómo su comportamiento ansioso no ayudaba a E, lo entendió y ella decidió esforzarse también por derribar sus propias barreras de ansiedad. Realizaron el ejercicio y a la semana siguiente E ya se sentía seguro para poder ir solo a la tienda y dispuesto a intentar nuevos ejercicios.

Sesión 25

Viñeta

E: ¿Qué crees psicóloga?

Terapeuta: ¿Qué pasó E?

E: Este fin de semana me entregaron un reconocimiento en el convivio en el trabajo (empresa refresquera) de mi papá, saqué el 4to lugar de promedio. Me dieron un diploma y un balón. Nunca me habían dado algo, siempre se lo daban a mi hermano por quedar en los primeros lugares pero ahora él no ganó nada.

Terapeuta: ¡Felicidades E! Me parece que ha sido un gran logro, ¿ves como tú también puedes lograrlo y ser tan bueno como tu hermano, o incluso ganarle a veces? Me da

mucho gusto que hayan reconocido tu esfuerzo, parece ser que la escuela ya no te está costando tanto trabajo y eso me da mucho gusto.

E: Sí, mi hermano también se sorprendió, yo estaba muy feliz no me lo esperaba y no lo podía creer, que yo estuviera ahí y no mi hermano.

Terapeuta: Yo creo que te lo ganaste, te has esforzado mucho y has logrado cambios que no solo se quedan aquí en el consultorio, puedes ver que tus cambios se reflejan en la escuela, en tu casa y en muchos otros lugares. Debes sentirte orgulloso de tu esfuerzo pues no ha sido un camino fácil, pero poco a poco vas logrando muchas cosas.

E: Sí, estoy muy feliz y mis papás también, no lo podían creer, hasta mi hermano me felicitó.

Terapeuta: Yo creo que también tenemos que festejarlo aquí, la próxima vez que nos veamos yo te traeré un obsequio por ese gran logro.

La viñeta de esta sesión ilustra el inicio de los logros académicos de **E**, consecuencia del cambio cognitivo que se había estado trabajando con él (poner a prueba sus creencias). Este suceso le permitió recuperar la confianza en sí mismo y continuar cuestionando aquellos pensamientos negativos, excesivamente autocríticos, de devaluación y sesgados que experimentaba con frecuencia y que lo llevaban a evitar situaciones y contactos sociales, así como a sentirse inadecuado. Ahora bien, este primer logro académico tangible fue posible gracias a la conjunción del trabajo dentro del consultorio con el realizado fuera de éste, aquél en el que los padres participaban en casa mejorando la ayuda que proporcionaban a su hijo en el estudio y realización de las tareas. Se hace evidente la ayuda brindada por su tía materna (educadora) en los estudios de **E**. Esta situación no solo ayudó a que él se pudiera ver a sí mismo de un modo completamente contrario a como usualmente se percibía sino también permitió que aquellos que le rodeaban comenzaran a verlo con otros ojos y ya no como el niño miedoso y que no tenía buenos resultados escolares. Hay que reconocer la dedicación de la familia para ayudar a **E** permitió estos primeros logros. A la siguiente sesión recibí la primera visita del padre al consultorio, ésta ocurrió de manera inesperada. La cita se había programado para hablar de los avances con la madre de **E**, el padre pidió hablar conmigo por lo que los tres pasamos al cubículo la madre. Para el padre era muy importante comentarme el cambio que notaba en su hijo, había dejado de ser ese niño extremadamente temeroso, el señor se conmovió hasta las lágrimas y reconoció que en algún momento temió que su hijo no mejorara y eso le dolía. Expresaba no reconocer a su hijo y que se encontraba

muy agradecido conmigo por trabajar con ellos, ya que muchas veces ellos mismo no sabían cómo manejar a su hijo e incluso lo llegaban a presionar. Aproveché este momento para reconocer su dedicación al tratamiento a pesar de las circunstancias por las que atravesaban, y reitere la importancia de mantenernos en comunicación y apoyando a **E**.

Sesión 30

Viñeta

Terapeuta: **E** después de tanto trabajo que hemos hecho juntos, hay que algo me gustaría saber, ¿qué piensas ahora de la delincuencia? ¿Cómo te sientes con eso ahora?

E: Ya no me siento igual, sí me da miedo pero es diferente ahora.

Terapeuta: ¿Por qué es diferente? ¿Qué cambió?

E: Ahora ya sé que sí me puede pasar otra vez algo pero también ya sé que hay muchas cosas que podría hacer para cuidarme

Terapeuta: ¿Cómo qué?

E: Ahora sé que no siempre me va a pasar algo, sí me puede pasar como a todos pero no todo el tiempo, y sí me pasa puedo pedir ayuda y decir qué fue lo que me pasó. Además no porque yo piense que me va a pasar algo, me va a pasar. Aprendí que sí se puede confiar en las personas, aunque no en todas; y que no siempre estoy en peligro.

Terapeuta: Así es, hay personas con quienes nos sentimos más seguros y podemos confiar, también lugares, y aunque nos sucedan cosas malas como robos, tenemos que entender que actuar con calma es lo mejor, y lo más importante es mantenerse lo más seguro posible.

La sesión 30 fue definitiva en el proceso, pues **E** deja ver los recursos que adquirió en todo el proceso, y que fue capaz de poner en práctica no solo dentro del consultorio sino fuera de éste, en su hogar, en la calle y en la escuela. Ya se había considerado iniciar el proceso de cierre y después de esta sesión se tuvo seguridad de que era el momento adecuado y preciso. **E** demostró un pensamiento equilibrado que le permitía el control de sus emociones, fue capaz de cuestionarse a sí mismo, y aunque la mala experiencia del robo que vivió no quedó atrás como tal (en el olvido), se reformuló en una experiencia de la que se pudo aprender. Considero que esta sesión es un reflejo del alto nivel de consolidación del proceso que se llevó a cabo, los padres lograron involucrarse en el tratamiento de su hijo, y dejaron de mirarle como alguien vulnerable en demasía,

permitieron, a pesar de sus propios miedos, que **E** se desarrollara como alguien más autónomo e independiente, pasó de ser un niño que avergonzaba a su familia a ser un niño con muchas capacidades y de quien se podían sentir orgullosos.

FASE 4. CIERRE

Sesiones 32-36

Esta última fase perteneciente al proceso individual abarcó cinco sesiones en las que junto con **E**, se revisó todo el proceso llevado, haciendo resúmenes de las temáticas abarcadas, de las habilidades aprendidas y del propio cambio que el niño había generado por sí mismo. Se le planteó que ya habíamos cubierto los objetivos de la intervención psicológica con él, haciendo especial énfasis en que él mismo podía determinar lo que habíamos logrado, cómo habíamos empezado y cómo nos encontrábamos ahora.

Las cinco sesiones fueron de juego libre, mediante el cual se hace evidente el crecimiento de **E**, ya que al inicio del proceso terapéutico su juego era muy estereotipado y repetitivo (carritos, Joaquín “el albañil”) y en estas sesiones finales, su juego era más elaborado, construía ciudades con puentes, y robots que en realidad lo representaban a él. Se veía a sí mismo como alguien fortalecido y capaz, su actitud era completamente diferente, se había vuelto un niño más abierto, menos tímido. Ya no se le observaba suspicaz sino relajado y dispuesto a descubrir su entorno. El volumen de su voz ya era apropiado, había disfrute en el juego especialmente por la construcción de esos robots y puentes, de alguna manera en estas sesiones de cierre reflejaba su propio crecimiento.



FASE 5. CONSOLIDACIÓN DE RESULTADOS

En esta fase se desarrolla el proceso grupal en el que participó **E**. Se le propuso participar y compartir con otros niños de su edad que también padecían trastornos de ansiedad para que él les pudiera compartir sus experiencias y cómo había superado su problemática. Como contraparte también se formó un grupo de padres el cual fue dirigido por otra compañera de la Residencia. Este trabajo de terapia grupal ayudó a evaluar los resultados de **E** en aspectos como socialización, solución de problemas, participación, seguridad, autoestima, entre otros.

A continuación se describen algunos de los aspectos más importantes sobre la conformación del grupo y su fundamento teórico, después se analiza el rol de **E** dentro de éste y los resultados obtenidos.

Para el trabajo grupal hicimos uso del programa llamado “The coping cat” (Kendall, 2006) Este programa consta de un manual para el terapeuta, un libro de trabajo para los niños, y un manual para el trabajo con los padres. Está conformado por 16 sesiones para el tratamiento de diversos trastornos de ansiedad, así como otras dificultades relacionadas con ésta. Es una síntesis de estrategias conductuales y cognitivas, y se incluyen aspectos sociales y emocionales. Las habilidades se enseñan de manera secuencial lo que permite que el niño construya habilidad sobre habilidad.

Está constituido por dos segmentos. El primero consta de ocho sesiones y se enfoca en la psicoeducación, mientras que el segundo período enfatiza la exposición a las situaciones que provocan ansiedad.

A menudo, los padres de niños ansiosos experimentan ellos mismos dificultades con la ansiedad, las cuales afectan la forma de modelar el afrontamiento a sus niños. El programa de trabajo con los padres también consta de 16 sesiones e incluye mayor atención a los factores contextuales, particularmente a las creencias y a las reacciones paternas para el comportamiento ansioso del niño. Una suposición que subyace este tratamiento familiar es que el comportamiento ansioso del niño ha sido mantenido en un contexto familiar y que el cambio duradero ocurrirá si los padres son incluidos en la terapia del niño.

El trabajo grupal con padres también consta de dos segmentos. Las primeras ocho sesiones son dedicadas a la exploración de la naturaleza interpersonal de las dificultades del niño, incrementando la flexibilidad de lo que se piensa acerca del problema y aprendiendo estrategias activas para cambiar las formas de reacción de los niños y los padres cuando el niño llega a estar ansioso. El segundo segmento consta de la práctica en la cual el niño aplica habilidades de experiencia personal ante una variedad de situaciones provocadoras de ansiedad. Estas situaciones además sirven como una forma en la que el terapeuta estructura la participación de los miembros de la familia, trabajando directamente con respuestas parentales problemáticas a la experiencia del niño ante la angustia y ante situaciones desconocidas. El terapeuta ayuda a los padres a aprender formas apropiadas para mejorar el apoyo y guiar al niño.

Sobre estos manuales de trabajo, el equipo terapéutico hizo modificaciones, de manera que el número de sesiones total fue de 12; los materiales se tradujeron al español y se adaptaron con ejemplos que se relacionaran a nuestra cultura. El nombre del programa grupal fue: “Aprendiendo a ser más valientes”, el título da por hecho que los niños que asisten son valientes por lo que solo aumentarán su valentía al asistir al grupo.

En el transcurso del trabajo grupal, la abuela paterna de **E** se enfermó por lo que debió ser hospitalizada y posteriormente falleció. Es por esta razón que el niño sólo pudo asistir a seis de las 12 sesiones, algunas de las cuales fue llevado por su tía materna (embarazada) quien participaba en el grupo para padres adquiriendo habilidades para ayudar a **E** y comunicarlas igualmente a su hermana. Esta situación que atravesó la familia permitió la observación de los recursos que habían adquirido en el proceso individual de **E**, pues de alguna manera pueden ser considerados como retos que debió superar y lo logró de manera exitosa.

Número de sesión	Temática	Asistentes
1	Presentación del equipo terapéutico y participantes	E, V, C, F
2	Creación de pertenencia al grupo, introducción al manual “Aprendiendo a ser más valientes”	F, C, V

3	Registro de emociones	F, E
4	Reacciones corporales ante la ansiedad, Identificación y jerarquización de preocupaciones/temores	V, F, C
5	Reacciones corporales, ¿Qué pasó? ¿Qué pensé? ¿Qué sentí?, Psicoeducación sobre ansiedad	V, C, F
6	Técnicas de relajación	F
7	Introducción a cómo cambiar nuestra forma de pensar	V, C
8		
9	Convivencia y repaso de lo aprendido hasta ese momento	F, C, E, V y sus respectivos padres
10	Estrategias de solución de problemas, evaluar resultados, recompensas	F, C, E, V
11	Revisión de los cuatro pasos para afrontar el miedo, elaboración de una tarjeta de ayuda portátil, exposición a situaciones que generen ansiedad leve	F, V, C, E
12	Cierre, entrega de diplomas, convivencia padres e hijos	V, F, E, C

Dentro de este grupo **E** asumió rápidamente un rol de líder y conciliador en las actividades grupales. Cuando estaba presente ayudaba a que el grupo se integrara acercándose a sus compañeros, quienes eran más tímidos. Compartía con facilidad ante el grupo su experiencia previa en la intervención psicológica individual, les hablaba de su motivo de consulta inicial y de alguna manera les brindaba esperanza a través de su experiencia. Le fue fácil desarrollarse como co-terapeuta, brindaba escucha y comprensión a sus pares. Cuando volvía al grupo después de alguna ausencia le interesaba ponerse al día con los

temas que se habían tratado, pedía sus ejercicios para realizarlos en casa y si se había realizado algún producto grupal como algún poster, buscaba dejar su participación en éste con algún dibujo o alguna calcomanía, presentando un alto sentido de pertenencia al grupo.

A continuación se presentarán brevemente los trabajos y alcances de esta última fase de consolidación del trabajo terapéutico con **E**. Se han escogido los ejercicios más representativos del programa y los avances del niño. Se abarca desde las técnicas de relajación, identificación de sensaciones corporales, cambio cognitivo y solución de problemas.

El Anexo 8 muestra la capacidad de **E** para diferenciar sus sensaciones corporales cuando se encuentra tenso y después de la técnica de relajación, éste fue un objetivo del proceso individual que se mantuvo durante el proceso grupal. Reconocía que su cuerpo podía sentirse tenso y rígido (similar a las sensaciones cuando experimentamos ansiedad) y que al realizar la técnica de relajación de caminar como un muñeco de trapo su cuerpo cambiaba, se sentía frágil, relajado, sin fuerza. Él sabía que podía llevar a cabo este ejercicio cada vez que su cuerpo se sintiera tenso e incluso se nota en este anexo la adquisición del lenguaje relacionado con las sensaciones corporales. El paciente tenía claro ya cuáles eran las diferencias entre músculos tensos y relajados, por lo tanto podía decidir cuál prefería y lograr cambiarlo si así lo deseaba.

El primer paso que se planteó en el grupo para superar la ansiedad, fue el de identificar cuándo se sentían asustados o ansiosos y que identificaran las señales que su cuerpo les enviaba. Esto se ilustra en el Anexo 9. Dado el trabajo individual, **E** podía ya a estas alturas identificar claramente que cuando se sentía asustado le daban ganas de gritar, le sudaban las manos y tenía sudor en el cuello. Identificar las señales corporales permitía entonces leer estas señales de amenaza que el cuerpo enviaba para así poder avanzar al siguiente nivel, el cognitivo. A estas alturas **E** ya era muy capaz de reconocer estas señales en su cuerpo, sabía que eran desatadas por una serie de pensamientos sobre situaciones que le representaban algún peligro. Esto da paso al siguiente Anexo, 10; como se puede observar, en éste se presentan dos pasos para la solución de la ansiedad, el primero, identificar cuándo está presente la ansiedad, en qué situación; y el segundo, analizar el pensamiento, qué se esperaba en esa situación, cuál era la amenaza percibida. En este ejemplo **E** escribió haberse sentido nervioso en una visita familiar que

hicieron a un terreno que sus padres habían adquirido, las manos le sudaban y comenzó a pensar que alguien podía robarles en ese momento, este pensamiento es evidentemente generador de ansiedad, supone una amenaza importante a la integridad de las personas presentes en ese momento, es claro que **E** lo relacionó con el evento que vivió a sus tres años (robo a su hogar). Para reducir la ansiedad se planteó cambiar ese pensamiento amenazante a uno más esperanzador como pensar en que se encontraban ahí para hacer su casa, algo que ya les iba a pertenecer y esto ayudo a controlar su ansiedad. En la segunda situación de este mismo anexo, **E** plantea otra situación provocadora de ansiedad en su vida, exponer un tema en clase, reportó sentirse con las manos sudorosas porque estaba pensando que la maestra podría reprobalo, para bajar su ansiedad prefirió pensar en que podían felicitarlo por su trabajo, pues él sabía que lo había hecho con empeño, además de que la maestra nunca lo había reprobado, esto ayudaba a derribar esas ideas disfuncionales, pues no había un antecedente claro o experiencia previa que llevara a creer que la reprobación tenía una alta probabilidad de presentarse.

El Anexo 11 ilustra tres de cuatro pasos que el programa de intervención plantea, este tipo de ejercicios se realizaban tanto en el espacio grupal como fuera de éste, en una asignación de tipo de tarea. Este es también un principio de la terapia cognitivo conductual, que el paciente puede llevar a casa ejercicios que le permitan la práctica de habilidades fuera del espacio terapéutico. Si bien es un principio mayormente aplicable a adultos, en este caso se consideró importante mantenerlo por la edad de los niños y por el diagnóstico de ansiedad que padecían, además de que permitía que los padres apoyaran en casa estas tareas de manera que se volviera un trabajo en conjunto en el que ambos se ayudaran y pusieran en práctica lo visto en los grupos correspondientes (niños y padres). En este ejercicio se les presenta la siguiente situación: hay un niño nuevo en el salón que a ti te gustaría conocer, pero te sientes nervioso de hablarle. En el recreo él se sienta junto a ti, ¿tú qué haces? El primer paso es que identifique si se siente temeroso o asustado, nervioso, si ese es el caso entonces debe escribir cómo se da cuenta de que está nervioso; **E** identifica de manera fácil que se da cuenta de que está nervioso por la reacción de su cuerpo (síntomas fisiológicos como sudoración). En el segundo paso se les pide qué es lo que le está preocupando de la situación, en qué está pensando (está identificación ayuda al cambio cognitivo, a poner a prueba esos pensamientos y adquirir un pensamiento equilibrado, balanceado, mejora la percepción de una posible amenaza o

la ausencia de la misma); en este ejemplo **E** responde que le preocupaba que este nuevo compañero le pudiera contestar mal, que de plano no le contestara o que fuera grosero con él. De estas respuestas se generaba una discusión grupal guiada por las terapeutas en la cual era importante que todos los niños pudieran ampliar su visión ante la situación, que buscaran pruebas o señales que indicaran que lo que estaban pensando tenía cierta posibilidad de ocurrir o no. Debían considerar que su activación fisiológica no era suficiente señal para sentirse nerviosos, igualmente tendrían que basar sus pensamientos en alguna experiencia previa, responder si en alguna ocasión similar les había pasado alguna de esas “cosas malas” que ellos esperaban que ocurriera o no, y así entre todos se llegaba a alguna respuesta más adecuada o balanceada en la que se reflejaba el análisis de la situación y de la información. Finalmente se presenta en este mismo ejercicio el tercer paso, en éste se requiere que haga una lista de posibles cosas que pudiera hacer para que esa situación no le generara tanto miedo. **E** enlista tres acciones de las cuales ya había mostrado un buen dominio en el proceso individual. Pensar en algo bonito, hacer respiraciones profundas o recordar buenos momentos, son acciones que él consideraba podían ayudarle a controlar su ansiedad ante tal situación. La respuesta de **E** en este último paso hace evidente que él ya había integrado las habilidades aprendidas en el proceso individual y, retomado en el grupal como recursos que estaban bajo su control o mando para reducir sus niveles de ansiedad, demuestra que no sólo había logrado autoconocimiento sino también había hecho suyos esos recursos.

Otro de los objetivos del programa para la intervención grupal era que los niños pudieran auto-reforzarse, que aprendieran cómo hacerlo. Lo anterior se muestra en el Anexo 12, se les enseña que las recompensas por sus logros no siempre tienen que venir de otros (como sus padres, ya que si ellos están ausentes o no apoyan a sus hijos difícilmente estas recompensas se presentaran lo que podría afectar la motivación del niño para mantenerse involucrado en su tratamiento al grado de no llegar a alcanzar sus metas), sino que ellos mismos pueden recompensarse por lo bien que han hecho su trabajo o por los cambios que han logrado, o por los pasos que han comenzado a dar para cambiar. Aprenden a identificar los avances en la intervención terapéutica y a reconocerlos como pequeños logros que los llevarán a su meta final (la resolución de su motivo de consulta), y que ellos mismos pueden decirse palabras de aliento cuando las cosas no salen del todo bien. En este ejercicio se describen dos situaciones y en ambas se pide a los niños que escriban cómo podrían recompensarse los niños en tales situaciones. La primera

situación es de una niña que anota un gol, esta es una situación de éxito total, para esta **E** propone que la niña podría decirse que lo hizo bien (reconocer su esfuerzo) y que podría recompensarse con agradecerse (refiriéndose a que la niña lo intentó, confió en sí misma y tuvo éxito, agradecerse la oportunidad que se dio de intentarlo). La segunda descripción refiere a un niño que participó en un concurso de ensayos y ganó el tercer lugar (obtuvo un resultado no perfecto pero aún así muy bueno y que refleja su esfuerzo y dedicación), **E** escribió que el niño podía recompensarse diciéndose que se había esforzado. Tal respuesta ilustra la comprensión que había adquirido **E** en el proceso individual sobre cómo los pequeños esfuerzos también cuentan y que deben ser reconocidos. Al final de este ejercicio se les explica a los niños que las ideas de perfección (que con frecuencia se encuentran en pacientes ansiosos, preocupados por su ejecución en general) son erróneas, pues la perfección como tal no existe. Que también se puede estar orgulloso de acciones aunque no lleguen a la perfección pero que sí representan los primeros pasos para llegar a nuestra meta u objetivo.

Los últimos tres anexos que se presentan en este trabajo fueron realizados fuera del espacio terapéutico, entre las sesiones 4 y 8 en las que **E** estuvo ausente. Al reincorporarse al grupo solicitó se le entregara el material revisado para que él lo pudiera resolver en casa, esto se hace evidente pues las respuestas a los ejercicios no siguen la línea marcada o esperada pero aún así son muy representativas del trabajo con **E**. Se puede observar en estos ejercicios que las respuestas son libres por lo que hay una mayor expresión del niño en ellas, se dejó ser y expresó tal cual lo que sentía o pensaba, esto enriquece mucho la percepción del trabajo y los resultados obtenidos en este caso. Primero analizaremos el apartado 13, se esperaba que los niños dibujaran un ejemplo propio para los cuatro pasos que se revisaron en el grupo, debían responder a cuatro preguntas. La primera, qué es lo que estaban sintiendo, **E** se dibuja a sí mismo como alguien que ya se piensa y se sabe valiente. La segunda pregunta era sobre el contenido de su pensamiento, **E** se dibuja en un caballo, como un caballero que enfrentando al miedo e identificándose como la persona que puede vencer al miedo. El tercer paso se refiere a actitudes y acciones que pueden ayudar, el niño se dibuja con su abuelita y refería que su abuela siempre le había ayudado y tenía una buena relación con ella. Finalmente en el cuarto paso se dibujó en una posición que refleja orgullo y libertad, con los brazos levantados y escribió que en ese momento se sentía más valiente que nunca. Como se puede observar este anexo es muy representativo del proceso que vivió **E** y

cómo había cambiado su vida y su persona, se percibía como alguien diferente, más habilidoso, más capaz ante las adversidades, más valiente.

El Anexo 14 es una muestra del cambio cognitivo que alcanzó el paciente, se le formulan las cuatro preguntas revisadas anteriormente y él tenía que plantear la situación en que pudo utilizar esta estrategia. La situación generadora de ansiedad que planteó fue que tuvo que hacer cálculo mental de las tablas de multiplicar en clase, se dio cuenta de que se sentía nervioso por la sudoración en sus manos. Lo más relevante es que en el área del pensamiento, ya no refleja pensamientos negativos ni de amenaza, en ocasión sólo refiere pensamientos positivos, pensaba que iba a sacar diez de calificación. Lo que sucedió es que hizo un balance de sus nuevas capacidades, tomó en cuenta la experiencia previa y tuvo confianza en que había estado estudiando, además sus calificaciones habían mejorado en general, por lo tanto tenía más pruebas de su eficacia y rendimiento escolar que de lo contrario. Y ante tales señales de ansiedad respiró profundo y su autoinstrucción fue decirse que él podía y finalmente lo logró y obtuvo diez de calificación en ese ejercicio escolar.

Por último, considero que el Anexo 15 fue para **E** una forma de resumir su proceso, de identificar sus cambios y el por qué de éstos, sus ganancias tras su proceso individual y grupal. El ejercicio era hacer una lista de actitudes y acciones que los niños identificaban les podían ayudar cuando se sentían ansiosos, sin embargo, **E** enlistó cómo se sentía y el por qué. Reconoció ser valiente porque ya se le quitó el miedo, se encontraba feliz por los avances que había tenido, estaba emocionado por lo que él refiere como su nueva vida (sin temores), era comprensivo porque ya era capaz de comprender los problemas que surgían (mayor capacidad de análisis y de solución de conflictos). Se sentía orgulloso porque su familia notaba el cambio en él (tanto en el área emocional como académica), se creía generoso porque compartía sus cosas (ya no era un niño tímido lo que provoca mayores interacciones con sus pares y mayor tiempo de convivencia con ellos) y finalmente, se consideraba noble porque se interesaba en las demás personas (como se pudo observar en el proceso grupal), siempre estaba dispuesto a dar voz a sus compañeros que no podían expresarse con facilidad, se les acercaba y les comentaba sus vivencias y cómo había logrado superar sus temores.

De esta manera queda ilustrado el proceso de cambio de **E**. Desde ese primer acercamiento temeroso y suspicaz hasta un niño que difícilmente podríamos creer que

existiera dentro de él, su crecimiento es innegable. De haberse visto atrasado o con dificultades en su desarrollo que hacían caber la posibilidad de organicidad, a un niño feliz, con seguridad en sí mismo, que podía ser agente de cambio para sus pares, que se sentía orgulloso de su trabajo, con la capacidad de identificar sus recursos y ponerlos en marcha para el logro de sus metas.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La psicología clínica infantil debe tener siempre en perspectiva al desarrollo, entendido éste como el resultado de las transacciones entre el niño y su ambiente. Esto engloba una realidad compleja y dinámica que no puede separarse. El desarrollo tiene su base en las características genéticas de cada individuo las cuales se despliegan de acuerdo a hitos maduracionales, y se avanza a otras etapas cuando el individuo domina una serie de tareas y retos que amplían su funcionamiento, sin embargo, esto no siempre sucede así. Desde el punto de vista maduracional o biológico el curso del desarrollo parece inevitable, aunque el impulso al crecimiento siempre esté presente, en ocasiones puede llegar a verse interrumpido por factores exógenos que afectan al niño de tal manera que limita la continuidad. El caso estudiado en este reporte, plantea desde el inicio la interrogante más frecuente en la clínica infantil, ¿la problemática presentada obedece a causas orgánicas que detienen el desarrollo o puede explicarse mejor por factores exógenos? Cuestión que debe ser resuelta lo más pronto posible para brindar un tratamiento adecuado, eficaz y que permita al niño volver al camino evolutivo del desarrollo normal.

Dentro de un grupo de niños de 8 años pueden existir importantes diferencias individuales. Algunos de ellos, serán capaces de utilizar sus habilidades sociales y cognitivas de manera más adaptativa que otros de su misma edad. Estas diferencias son resultado, hasta cierto punto, de la expresión genética, y una otra parte resulta de cómo estas habilidades han sido moldeadas a través de las transacciones del niño con los múltiples contextos ambientales, lo que involucra incluso la participación de los padres (Rutter, 2007).

El desarrollo del niño es producto de las interacciones continuas y dinámicas entre el niño y las experiencias que le proveen tanto su familia como su contexto social (Sameroff, 2000). En los puntos críticos, determinados por los periodos de cambios en la etapa del desarrollo o por influencias externas, tales como los traumas o el aumento en las oportunidades, la coyuntura se hace presente y el niño debe dejar el camino por el que iba y moverse a uno diferente. Cuando estas coyunturas se presentan el niño puede proceder en una dirección adaptativa o desadaptativa (Bowlby, 1969). Esto queda mejor explicado con el caso presentado, **E** se había desarrollado normalmente los primeros años de su vida, hasta que experimentó un trauma (robo de su casa) que lo dejó

completamente desarmado cognitiva y emocionalmente. Dicho trauma no fue atendido a tiempo y se volvió complejo, llegando a impedir el desarrollo normal del niño. Él ocupaba sus procesos cognitivos en la percepción de amenazas y en la búsqueda de seguridad más que en aprender las habilidades escolares necesarias y la familia había tenido dificultades para entender el origen y había sobre compensado al niño evitando así que experimentara situaciones que le pusieran a prueba. No había aprendido a escribir bien, ni tampoco a leer, presentaba poca socialización pues el contacto social le generaba angustia al sentirse amenazado incluso por sus pares y maestros. .

La posibilidad y la forma en que el desarrollo se ve afectado por el aumento de riesgos o de oportunidades dependen del momento en que se presentan estos factores externos en relación a los hitos del desarrollo. Las habilidades que recién se encuentran emergiendo en el proceso de desarrollo o que se han desarrollado recientemente son las que se vuelven más vulnerables a ser interrumpidas, dañadas o perjudicadas por los estresores. Las capacidades ya consolidadas son menos susceptibles a ser dañadas por los estresores, aunque en condiciones de estrés severo también pueden verse afectadas.

Aunque el desarrollo puede cambiar de dirección y, de hecho, ser influenciado para cambiar, en cada etapa, está sin embargo limitado en alguna medida por los caminos que ya ha tomado. Mientras más avanzado se encuentre en las etapas de desarrollo, existirá menos flexibilidad para el cambio. Un niño que ya ha superado una serie de logros adaptativos en su desarrollo, difícilmente cambiará hacia un camino o patrón desadaptativo. De la misma forma, un niño que se ha dirigido por caminos o patrones desadaptativos, experimentará mayor dificultad para cambiar a patrones adaptativos, si es que se le presenta la oportunidad de cambio (Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999), es por eso que se invirtieron tantas sesiones en el tratamiento de E, especialmente para tener la seguridad de que los cambios logrados se mantuvieran a largo plazo y él pudiera continuar su vida académica y desarrollo de manera normal. En este caso, el trauma se originó a los 3 años, momento de vida delicado por los logros esperados pero dicha condición de retraso se prolongó durante 5 años lo que complicó la sintomatología y evidentemente el diagnóstico y tratamiento.

Los primeros 5 años de vida, involucran al periodo más rápido de desarrollo. La oportunidad de un adecuado desarrollo durante los primeros 5 años es crucial debido a que “se establece ya sea una base sólida o débil para las etapas siguientes” (Shonkoff &

Phillips, 2000). Los efectos del desarrollo temprano, sean positivos o negativos, tienen un efecto de cascada en el futuro, influenciando las posibilidades del desarrollo posterior: “la adaptación adecuada y positiva, es una construcción del desarrollo, requiere de todas nuestras experiencias pasadas” (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2005). A este respecto, se debe tener presente que el evento perturbador y provocador del TEPT en **E** sucedió a los tres años de edad, una de las etapas más críticas para el logro de hitos posteriores y que al no recibir atención en ese momento deterioró la calidad de vida del individuo durante muchos años. De esta manera se justifican las intervenciones tempranas, como un medio para cambiar al desarrollo hacia una dirección positiva antes de que se establezca un camino hacia la psicopatología.

Cuando se piensa en los pacientes, especialmente en niños, es importante reconocer que muchos de los “diagnósticos” o “síndromes” representan condiciones que son maleables, más que fijas (Bowlby, 1988). Cuando se trabaja con niños existen ocasiones en las que se siente en estos niños una urgencia por dominar sus problemas y continuar con su desarrollo normal. Esta fuerte tendencia biológica de autocorregirse está presente en casi todos los niños, en casos donde el daño es severo, estas tendencias no se presentan; esto da como resultado un movimiento inherente hacia el desarrollo normal. (Campbell, 1990). Si bien el caso de **E** no era tan severo si tenía un funcionamiento inadecuado, desadaptativo, carecía de habilidades básicas para su etapa de desarrollo, la ansiedad lo sumergía en sí mismo, sintiéndose frágil, amenazado, creyendo que no podría confiar en alguien que no fuera su madre o padre. Sin embargo, también estaba presente en él la necesidad de seguir adelante, superar sus dificultades y poder compartir con su familia y otros de manera distinta.

Los planes de intervención deben aprovechar al máximo esta tendencias así como de las capacidades propias del niño para desarrollarse, además de ayudar a los padres a responder de manera adaptativa a las dificultades de sus hijos, para reducir los riesgos ambientales e incrementar las oportunidades de un buen desarrollo (Webb, 2003). Bowlby (1988) señaló que los niños que caían en un camino desadaptativo o anormal podían regresar al camino adaptativo si se fortalecían las influencias positivas. El desarrollo posterior no es fijo, por lo tanto, si se cambia la forma de tratar al niño se puede cambiar al desarrollo hacia un camino más favorable o en otro menos favorable. Este potencial para el cambio es el que permite la oportunidad de una terapia o intervención efectiva. Potencial que fue aprovechado por el espacio terapéutico creado, pues una vez que

quedó descartado cualquier aspecto orgánico como explicación para su sintomatología, se trazó el plan de intervención atendiendo principalmente a aspectos cognitivos y conductuales además de favorecer la generalización de los cambios en este espacio mediante la terapia grupal. **E** aprovechó todas estas oportunidades y fue capaz de continuar su desarrollo por la senda de normalidad.

Algunas de las metas más comunes y generales en los tratamientos infantiles son:

- Remover las barreras emocionales que provocan sentimientos de poca competencia en la escuela y con sus pares
- Ayudarlos a pasar de modos de expresión basados en la conducta a modos que involucren en lenguaje, el pensamiento y la imaginación
- Ayudarlos a alejarse del pensamiento mágico utilizado para compensar a formas de pensamiento más realistas
- Ayudarlos a desarrollar estrategias de afrontamiento que les permitan mantener su capacidad de desarrollo.

En este caso se favoreció el desarrollo de habilidades cognitivas como la toma de perspectiva, razonamiento lógico, mejora su entendimiento sobre causa-efecto, lo que hizo posible que el niño entendiera sus emociones negativas o experiencias estresantes. Mediante el juego que se pudo ayudar al niño a identificar o modificar su pensamiento (de una sola vía) y sentimientos y la solución de problemas con respecto a situaciones que evocan sentimientos negativos. Los niños que han internalizado esquemas disfuncionales, tal como actuar tomando como base sus impulsos o rendirse ante alguna dificultad, son capaces de aprender respuestas más adaptativas mediante la psicoeducación y modelamiento que le brinde su terapeuta (Friedberg & McClure, 2009).

El modelo cognitivo hace que los niños piensen acerca de sus miedos y así ganen control sobre ellos mediante el uso del razonamiento. También requiere que el niño piense antes de actuar, considere opciones alternativas de respuesta, y evalúe lo que sucedió (Kazdin, 2010). Aunque sea un tratamiento que se enfoca en habilidades cognitivas, no se requiere que el niño haya desarrollado las funciones de auto-reflexión autónoma o de insight. Las funciones del terapeuta en estos casos, es ser un maestro o un “yo auxiliar”, que ayude al niño a utilizar su capacidad de razonamiento así como sugerirle formas más adaptativas de lidiar con su problema de ansiedad (Chetnik, 2000). Es así como la intervención

cognitiva facilitó el desarrollo del niño, al llamar su atención y ejercitar su nueva forma de pensar y analizar las cosas. Se colaboró con el niño a poner en práctica estas habilidades recién adquiridas y cuyo desarrollo se había visto obstaculizado por estilos de evaluación y mecanismos de afrontamiento dependientes de experiencias tempranas de trauma o abuso (Friedberg & McClure, 2009).

La comprensión de los procesos causa-efecto que desarrollan los niños en edad escolar, les permite conceptualizar cómo las recompensas pueden ser contingentes a las conductas adecuadas. Esta comprensión los capacita para percibir los posibles beneficios de controlar su conducta (Barkley, 1997).

Finalmente, como se probó en este reporte y según Davies (2011), para un niño en edad escolar es adecuado un tratamiento que combine el juego, las actividades estructuradas, y el habla. Los terapeutas inexpertos que trabajan con niños de esta edad, al inicio siempre los refieren como niños “resistentes” o que “carecen de insight” o “parecen no saber que tienen problemas”. Tales circunstancias son acertadas, y obedecen a su etapa de desarrollo, por lo que son esperadas y normales. Los niños en este rango de edad no mantienen pláticas sostenidas sobre sus problemas. Esto es consistente con sus características generales, a saber:

- Orientación externa. En esta etapa los niños están más orientados hacia el mundo exterior más que la conciencia de su mundo interno, por lo que tienden más a actuar que a sentir.
- Defensas. Sus mecanismos de defensa están dirigidos a prevenir que los pensamientos dolorosos, prohibidos o angustiantes lleguen a la conciencia; son adeptos a la supresión consciente.
- Consciencia. Se resisten a hablar acerca de sus síntomas y problemas, porque en su mente, están asociados con ser una persona mala, o defectuosa. Dado que la conciencia en esta etapa está internalizada, lo malo se vive como algo interno. Como conciencia los niños se resisten a hablar de sus problemas porque así evitan sentirse culpables.
- Consciencia social. Poseen gran conocimiento de lo que es socialmente apropiado por lo que invierten mucho esfuerzo en ser como todos, en ser normal. Tener un problema los hace sentir anormales, defectuosos o locos.

En los tratamientos individuales, muchos niños activamente evitan hablar de sus preocupaciones, experiencias dolorosas y sus problemas. Como adultos y terapeutas somos nosotros quienes debemos ser capaces de adaptarnos a ellos, de entenderlos, si la empatía es importante en el tratamiento psicológico de cualquier persona, lo es aún más en la intervención con niños, en la cual somos testigos de la formación de una persona cuyo desarrollo ha sido interrumpido, ellos no saben con exactitud lo que les sucede, solo experimentan los malestares. La capacidad de sensibilidad del terapeuta permitirá, aunado a sus conocimientos, supervisión y apoyo de otros colegas; la construcción de una relación valiosa con el niño que los llevara a colaborar para reencaminar su desarrollo y superar sus adversidades.

Referencias bibliográficas

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of American Academy of Children Adolescent Psychiatry*, 37 suppl: 4s-26s

Alloy, L. B., & Riskind, J. H. (2002). *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. EUA: Lawrence Erlbaum.

Amaya-Jackson L, March J. S. (1995) Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. En March, J. S., *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. EUA: Guilford Press.

Arroyo, W. & Eth, S. (1985) Children traumatized by Central American warfare. En S. Eth & R. S. Pynoos *Post-traumatic stress disorder in children* (pp. 103-120) EUA: American Psychiatric Press

Bandura, A. (1963). *Social learning and personality development*. EUA: Rinehart and Winston.

Barkley, R. A. (1997). *A clinician's manual for parent training*. EUA: Guilford Press.

Barlow, D. H. (1988) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. EUA: Guilford Press

Barlow, D. H. (2000) Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247-1263

Barlow, D. H. (2002) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. 2 ed. EUA: Guilford Press

Barret, P.M, Rapee, R. M., Dadds, M. R., & Ryan, S. M. (1996) Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children: Threat bias and the fear effect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 187-203.

Baumrind, D. (1991). Parenting Styles and adolescent development. En Lerner, R. M., Petersen, A. C., & Brook-Gunn, J., *Encyclopedia of adolescence* (Vol. 11, pp.746-758).

Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997) An information-processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behavior Research and Therapy*, 39, 40-58.

Beck, A. T., & Emery, G. (1985) *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. EUA: Basic Books.

Bender, L. (1974). *Test Gestáltico Visomotor*. Buenos Aires: Paidós.

Biederman, J., Rosenbaum, J. F., Bolduc-Murphy, E., Farone, S. V., Chaloff, J., Hirshfeld, D. R., et al. (1993). A three year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 814-834.

- Bleiberg, E. (1994). Normal and pathological narcissism in adolescence. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 30-51.
- Boegels, S. M., & Zigterman, D. (2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 205-211.
- Bowlby, J. (1969) *El Apego y la Pérdida I. El Apego*. España: Paidós.
- Bowlby, J. (1988). *Una Base Segura: Aplicaciones Clínicas de una Teoría del Apego*. España: Paidós.
- Brady, K. T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 5-12.
- Braswell, L. y Kendall, PC. (1988) *Cognitive-behavioral methods with children*. En Dobson, K. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. EUA: Guilford Press.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Lictus, L., Richardson, D., Canobbio, R., et al. (1995). Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims: Predisposing factors and phenomenology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 209-215
- Bruch, M. A.M Heimberg, R. G., Berger, P., & Collins, T. M. (1989). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. *Anxiety Research*, 2, 57-65.
- Burman S, Allen-Meares P. (1994) Neglected victims of murder: children's witness to parental homicide. *Social Work*, 39:28–34
- Burton, D., Foy, D., Bwanausi, C., Johnson, J., & Moore, L. (1994). The relationship between traumatic exposure, family dysfunction, and post-traumatic stress symptoms in in male juvenile offenders. *Journal of Traumatic Stress*, 7(1), 83-93
- Butler, G., & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 5, 51-62.
- Campbell, S. B. (1990). *Behavioral problems in preeschool children*. Nuev York: Guilford Press.
- Cattanach, A. (2003). *Introduction to play therapy*. UK: Taylor & Francis
- Center for Disease Control. (1987) *Vietnam Experience Study: Psychological and Neuropsychological Evaluation*. EUA: Center for Disease Control.
- Chateu, J. (1958). *Psicología de los juegos infantiles*. Argentina: Kapelusz
- Chetnik, M. (2000). *Techniques of child therapy: Psychodynamic approaches*. EUA: Guilford Press.

- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1996). Cognitive processing in children: Relation to anxiety and family influences. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 170-176.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 6-20.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1997). Transactional ecological systems in developmental psychopathology. En Luthar, S. S., Burack, J., Cicchetti, D., & Weisz, J., *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder* (pp. 317-349). EUA: Cambridge University Press.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1999). Anxious children and their parents: What do they expect? *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 220-231.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42-50.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. (2004). A multi-site, randomized, controlled trial for children with sex-abuse related PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 393-402.
- Cohen, S., Kessler, R. C., & Underwood Gordon, L. (1995). *Measuring stress: A guide for health and social scientists*. EUA: Oxford
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescent*. EUA: Guilford.
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la Familia en la práctica medico-pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, A4-A36.
- Dadds, M. R., Barret, P. M., Rapee, R. M., & Ryan, S. (1996). Family process and child anxiety and aggression: An observational analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 715-734.
- Davies, D. (2011). *Child development: A practitioner's guide*. EUA: Guilford Press.
- Deblinger, E., & Heflin, A. (1996). *Treating sexually abused children and their non-offending caretakers*. EUA: Sage
- Ehlers, A. (1993). Somatic symptoms and panic attacks: A retrospective study of learning experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 269-278.
- Esquivel, F. (2005). *El Juego*. México: Instituto de Juego y Psicoterapia A. C.

- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego: Casos clínicos*. México: Manual Moderno.
- Esquivel, F., Heredia, C. Lucio, M. E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño*. México: Manual Moderno.
- Ferrada-Noli, M., Asberg, M., Ormstad, K., Lundin, T., Sundbom, E. (1998). Suicidal behavior after severe trauma, Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessment of suicidal behavior. *Journal of Trauma Stress*, 11, 103-112.
- Foa, E. B., & Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to correcting information. *Psychological Bulletin*, 99 20-35.
- Freud, A. (1946). *The Psycho-analytical treatment of children: Technical lectures and essays*. UK: Imago.
- Freud, S. (1909). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. En *Obras Completas* (1986), Buenos Aires: Amorrortu.
- Granvold, B. G., Stollak. G. E., & Guernsey, L. (1971). The practicing psychologist as educator. An alternative to the medical practitioner model. *Professional Psychology*, 2(3), 276-282).
- Fletcher, K. E. (1996) Child Posttraumatic Stress Disorder. En E. J. Marsh & R. Barkley, *Child psychopathology* (pp- 242-276) EUA: Guilford Press.
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2009). *Cognitive therapy techniques for children and adolescents*. EUA: Guilford Press.
- Fyer, A. J., Mannuzza, S., Chapman, T. F., Martin, L. Y. & Klein, D. F. (1995). Specificity in familial aggregation of phobic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52, 564-573.
- Gaensbauer, T. J., & Siegel, C. H. (1995) Therapeutic approaches to posttraumatic stress disorder in infants and toddlers. *Infant Mental Health Journal*, 16, 292-305.
- Gibb, B. E. & Coles, M. E. (2005). Cognitive vulnerability-stress models of psychopathology: A developmental perspective. En: Hankin, B.L. & Abela, J. R. Z., *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 104-135). EUA: SAGE Publications.
- Gil, E. (1991) *Healing power of play: Working with abused children*. EUA: Guilford Press.
- Grave, J., & Blissett, J. (2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 24, 399–420
- Gray, J. A., (1982). *The neuropsychology of anxiety*. EUA: Oxford University Press.
- Gray, J. A., & McNaughton, N. (1996). The neuropsychology of anxiety: A reprise. En Hope, D. A., *Nebraska symposium on motivation: Perspectives on anxiety, panic, and fear* (pp. 61-134). EUA: University of Nebraska Press.

- Greco, L. A., & Morris, T. L. (2002). Paternal child-rearing and social anxiety: Investigation of child perceptions and actual father behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 259-267.
- Green, A. H. (1985) Children traumatized by physical abuse. En S. Eth & R. S. Pynoos *Post-traumatic stress disorder in children* (pp. 133-154) EUA: American Psychiatric Press
- Haggerty R. J., Roghmann K. J., Pless I. B. (1993). *Child Health and the Community*. EUA: John Wiley & Sons,
- Hammil, J. A., Pearson, N., & Voress, J. (1995). *Manual del Método de evaluación de la percepción visual de Frostig. DTVP-2*. México: Manual Moderno.
- Hegeler, S. (1965). *Cómo elegir los juguetes*. Argentina: Paidós.
- Hernández, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2006) *Metodología de la investigación*. México: MCGraw Hill.
- Holmbeck, G. N., Greenley, R. N., & Franks, E. A. (2003). Developmental issues and considerations in research and practice. En A. Kazdin, & J. Weisz, *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp. 21-40). EUA: Guilford Press.
- Hug-Hellmuth, H. (1922). On the technique of Child Analysis. *International Journal of Psycho-Analysis*, 2, 287-302.
- Hummel, R. M., & Gross, A. M. (2001). Socially anxious children: An observational study of parent-child interaction. *Child & Family Behavior Therapy*, 23, 19-41.
- Ingram, R, & Price, J. M. (2001). *Vulnerability to psychopathology: Risk across the lifespan*. EUA: Guilford Press.
- Instituto ciudadano de estudios sobre la inseguridad, A.C. (2002) *Primera Encuesta Nacional sobre Inseguridad*. México
- Instituto ciudadano de estudios sobre la inseguridad, A.C. (2008) *Quinta Encuesta Nacional sobre Inseguridad*. México
- Johnson, J. H. (1992). *Métodos de tratamiento infantil*. México: Limusa Noriega.
- Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 44, 668-674.
- Kagan, J. Reznick, S., & Snidman, N. (1987). Biological basis of childhood shyness. *Science*, 240, 167-171.
- Kanner, L. (1957). *Child psychiatry*. EUA: C. C. Thomas.
- Kazdin, A. E. (1996) *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Manual Moderno

- Kazdin, A. E. (2010). Introduction: Context, background, and goals. En A. E. Kazdin, *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (págs. 3-9). EUA: Guilford Press.
- Kendall, P. C. (1985). Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and a critique of related interventions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 357-372.
- Kendall, P. C. (2006). *The Coping cat workbook*. EUA: Guilford Press
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., et al. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 152, 833-842.
- Kendler, K. S., Myers, J., Prescott, C. A., & Neal, M. C. (2001). The genetic epidemiology of irrational fears and phobias in men. *Archives of General Psychiatry*, 58, 257-265.
- Kessler R. C., Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Klein, M. (1920). La novela familiar "in statu nascendi". *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*, 6, 151-155.
- Klein, M. (1932). Fundamentos psicológicos del análisis del niño. En *Obras Completas*. Tomo 1. (pp. 23-135). Buenos Aires: Paidós.
- Knell, S. (1996). Cognitive-behavioral play therapy. En *Hatherleigh guide to child and adolescent therapy*. EUA: Hatherleigh Press.
- Koppitz, E. (1973). *El Dibujo de la Figura Humana en los niños*. México: Editorial Guadalupe.
- Krohne, H. W., & Hock, M. (1991). Relationships between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Research*, 4, 109-124.
- Landreth, G. L. (1991). *Play therapy: The art of the relationship*. EUA: Accelerated development
- Lazarus R S, Folkman S. (1984) *Stress, appraisal and coping*. EUA: Springer.
- Litz, B. T. (1992). Emotional numbing in combat-related post traumatic stress disorder: A critical review and reformulation. *Clinical Psychology Review*, 12, 417-432.
- Litz, B. T., Schlenger, W. E., Weathers, F. W., Caddell, J. M., Fairbank, J. A., & LaVange, L. M. (1997). Predictors of emotional numbing in post traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 607-617.
- Machover, K. (1960). Los dibujos de la Figura Humana en los niños. En *Rabin & Hartworth Projective Techniques with children*. EUA: Grune & Straton.
- MacLeod, C. (1991). Clinical anxiety and the selective encoding of threatening information. *International Review of Psychiatry*, 3, 279-292.

Malmquist, C. P. (1986) Children who witness parental murder: posttraumatic aspects. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, 320-325.

Mash, E. J., & Barkley, R. A. (2003). *Child psychopathology* (2nd ed.). EUA: Guilford.

Mathews, A. & Mackintosh, B. (2000). Induced emotional interpretation bias and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 602, 615.

McElroy, L. P. & McElroy, L. A. (1989) Psychoanalytically oriented psychotherapy with sexually abused children. *Journal of Mental Health Counseling*, 11(3), 244-258.

McNally, R. J., & Eke, M. (1996). Anxiety, sensitivity, suffocation fear, and breath holding duration as predictors of response to carbon dioxide challenge. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 146-149.

McNally, R. J. (1993) Stressors that produce posttraumatic stress disorder in children. En J. R. T. Davidson, E. B. Foa. *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond* (pp. 55-74) EUA: American Psychiatric Press

Meichenbaum, D.H. y Goodman, J.C. (1971): Training impulsive children to talk to themselves: a means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77, 115-126.

Meyer WJ, Blakeney P, Moore P, Murphy L, Robson M, Herndon D. (1994) Parental well-being and behavioral adjustment of pediatric survivors of burns. *Journal of Burn Care Rehabilitation*; 15:62-68. 73.

Millar, S. (1972). *Psicología del juego infantil*. España: Fontanella.

Miller, G. & Prinz, R. (1990) Enhancement to social learning family intervention for childhood conduct disorder. *Psychological Bulletin*, 108, 291-811.

Mills, R. S., & Rubin, K. H. (1993). Socialization factors in the development of social withdrawal. En Rubin, K. H., & Asendorff, J., *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood* (pp. 117-148). EUA: Lawrence Erlbaum.

Mineka, S. & Kihlstrom, J. (1978). Unpredictable and uncontrollable aversive events. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 256-271.

Mogg, K., & Bradley, B. P. (1998). A cognitive motivational analysis of anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 36, 809-848.

Monroe, S. M., & Hadjiyannakis, H. (2002). The social environment and depression: Focusing on severe life stress. En I. H. Gotlib & C. L. Hammen, *Handbook of depression* (pp. 314-340). EUA: Guilford Press.

Nelly, G. (1955). *The psychological of personal constructs*. EUA: Norton.

Nezu, A. M., Nezu, C. M. *Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective*. EUA: Research Press

O'Connor, K., Schaefer, CH. (1998). *Manual de terapia de juego*. México: Manual Moderno.

- Ollendick, T. & Francis, G. (1988) Behavioral assessment and treatment of childhood phobias. *Behavioral M* 12(2), 165-204.
- Ollendick, T. H., & Vasey, M. W. (1999). Developmental theory and the practice of clinical child psychology. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28, 457–466.
- Parker, G. (1983). Parental “ affectionless control” as an antecedent to adult depression. *Archives of General Psychiatry*, 40, 956-960.
- Pelcovitz D, Kaplan S, Goldenberg B, et al (1994) Posttraumatic stress disorder in physically abused adolescents. *Journal of American Academy of Children and Adolescent Psychiatry* 33(3):305–312.
- Perry, B. D., Pollard, R., Blakely, T., Baker, W., & Vigilante, D. (1995) Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and 'use-dependent' development of the brain: how “states” become “traits”“. *Infant Mental Health Journal*, 16 (4), 271-291.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. EUA: Norton.
- Peterson, L., & Tremblay, G. (1999). Self-monitoring in behavioral medicine: Children. *Psychological Assessment*, 11, 458-465.
- Pihl, R., & Nantel-Vivier, A. (2005). Biological vulnerabilities to the development of psychopathology. In B. Hankin, & J. Abela, *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective*. (pp. 75-104). EUA: SAGE Publications, Inc.
- Pollock, R. A., Rosenbaum, J. F., Mars, A., Miller, B. S. & Biederman, J. (1995). Anxiety disorders of childhood: Implications for adult psychopathology. *Psychiatry Clinics of North America*, 18, 745-766.
- Putnam, F. W. (1997). *Dissociation in children and adolescents*. EUA: Guilford.
- Pynoos R. S., Steinberg A. M., Wraith R. (1995): A developmental model of childhood traumatic stress. En: Cicchetti D, Cohen DJ, *Manual of Developmental Psychopathology*. EUA: Wiley, (pp. 72–95).
- Reisman, A. (1966). Higher education: a population flow feedback model. *Science*, 153, 89-91.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S. & McNally, R.J. (1985). Expectancy model of fear. En Reiss, S. & Bootzin, R. R., *Theoretical issues in behavior therapy* (pp. 107-121). EUA: Academic Press.
- Riskind, J. H. (1997). Looming vulnerability to threat: A cognitive paradigm for anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 35, 386-404.

Riskind, J. H., Williams, N. L., Gessner, T. Chrosniak, L. & Cortina, J. (2000). A pattern of mental organization and danger schema related to anxiety: The looming maladaptive style. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 837-852.

Rizzone, L., Stoddard, F., Murphy, J., & Kruger, L. (1994). Posttraumatic stress disorder in mothers of children and adolescents with burns. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 5(2), 158-63

Rutter, M. (1989). Intergenerational continuities and discontinuities in serious parenting difficulties. En Cicchetti, D., & Carlson, V., *Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. EUA: Cambridge University Press.

Rutter, M. (2007). Gene-environment interdependence. *Developmental Science* (10), 12-18.

Sameroff, A. &. (2000). Transactional regulation: the developmental ecology of early intervention. En J. P. Shonkoff, *Handbook of early childhood intervention* (Segunda edición ed., págs. 135- 159). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Sarazanas, R., Bandet, J. (1985). *El niño y sus juguetes*. España: Nancea.

Spiegel, D. (1984). Multiple personality as a posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 101-110.

Schaefer, CH., O'Connor, K. J. (1988). *Manual de terapia de juego*. México: Manual Moderno.

Scheeringa, M.S., Peebles, C.D., Cook, C.A., & Zeanah, C.H. (2001). Toward establishing procedural, criterion and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1: 52-60.

Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H. (1995) Symptom expresión and trauma variables in children under 48 months of age. *Infant Mental Health Journal*, 16, 259-270.

Scheeringa, M.S., Zeanah, C.H., Drell, M.J., & Larrieu, J.A. (1995). Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 191-200.

Scher, C. D., & Stein, M. B. (2003) Developmental antecedents of anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 253-269.

Seinfeld, J. (1989) Therapy with a severely abused children: an object relations perspective. *Clinical Social Work Journal*, 17 (1), 40-49.

Shonkoff, J. & Phillips, D. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. EUA: National Academy Press.

Shirk, S. R. (2001) Development and cognitive therapy. *Journal of cognitive Psychotherapy*, 15, 155-163.

Solomon, S. D., & Davidson, J. R. (1997). Trauma: prevalence, impairment, service, use, and cost. *Journal of clinical Psychiatry*, 59, 5-11.

- Sroufe, L.A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9, 251-268.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland. B. (1999). Implications of attachment theory for developmental change: Longitudinal approaches to individual adaptation. *Child Development*, 11, 1-13.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. EUA: Guilford Press.
- Stein, B. D., Jaycox, L. H., Kataoka, S. H., Wong, M., Tu, W., Elliot, M. N., & Fink, A. (2003). A mental health intervention for school children exposed to violence: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 290 (5), 603-661.
- Stein, M. B., Jang, K. L., & Livesley, W. J. (1999). Heritability of anxiety sensitivity: A twin study. *American Journal of Psychiatry*, 156, 246-251.
- Steiner, H., Garcia. I.G., & Matthews, Z. (1997). Post-traumatic Stress Disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 357-365.
- Stewart, S. H., Taylor, S., Jang, K. L., Cox, B. J., Watt, M. C., Fedoroff, I. C., et al. (2001). Causal modeling of relations among learning history, anxiety sensitivity, and panic attacks. *Behavior Research and Therapy*, 39, 443-456.
- Sweeney, D., Homeyer, L. (1999). *The handbook of group play therapy*. EUA: Jossey-Bass.
- Tackett, J. L., & Krueger, R. F. (2005). Interpreting personality as a vulnerability for psychopathology: A developmental approach to the personality-psychopathology relationship. En: Hankin, B.L. & Abela, J. R. Z., *Development of psychopathology: A vulnerability-stress perspective* (pp. 104-135). EUA: SAGE Publications.
- Taubman-Ben-Ari O, Rabinowitz J, Feldman D, Vaturi R. (2001). Post-traumatic stress disorder in primary-care settings: prevalence and physicians' detection. *Psycholo Med*, 31:555-60
- Terr, L. C. (1983) "Chowchilla revisited: the effects of psychic trauma four years after a school-bus kidnapping" *American Journal of Psychiatry*, 140(12), 1543-50.
- Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1989). Social phobia: Clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9, 3-18.
- van Leeuwen, K. (1988) Resistances in the treatment of a sexually molested six year old. *International Review of Psycho-Analysis*, 15: 149.
- Vernberg, E. M., & Varela, R. E. (2001). Posttraumatic stress disorder: A developmental perspective. En M.W. Vasey & M.R. Dadds, *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 386-406). EUA: Oxford University Press.
- Webb, N. B. (2003). *Social work practice with children* (2 ed.). EUA: Guilford Press.

Wechsler, D. (2007). *Manual WISC-IV Español*. México: Manual Moderno.

Weinfeld, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early childhood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity and their correlates. *Child Development*, 71, 695-700.

Weisz, J. R., Hawley K. R. (2002). *Developmental factors in the treatment of adolescents*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70:21-43.

Williams, N. L., Shahar, G., Riskind, J. H., & Joiner, T. E. (2005). The looming cognitive style has a general effect on an anxiety disorders symptoms factor: Further support for a cognitive model of vulnerability to anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 157-175.

Zuckerman, M. (1999). *Vulnerability to psychopathology: A biosocial model*. EUA: American Psychological Association.

ANEXOS

ANEXO 1

Test Gestáltico Visomotor de Laretta Bender (1938)

Escala para obtener el grado de maduración según Koppitz					
Nombre: <u> E </u> Edad: 8 años 6 meses Grado: 3º primaria Sexo: Masculino					
Puntuación cruda:			Nivel de maduración:		
	Figura A			Figura 5	
1 ^a	Distorsión de la forma	*	15	Círculos por puntos	
1b	Desproporción		16	Rotación	
2	Rotación		17 ^a	Desntegración de la forma	
3	Integración		17b	Línea continua	
	Figura 1			Figura 6	
4	Círculos por puntos		18 ^a	Curvas sustituidas por ángulos	
5	Rotación		18b	Ninguna curva	
6	Perseveración		19	Integración	*
			20	Perseveración	
	Figura 2			Figura 7	
7	Rotación		21 ^a	Desproporción	
8	Integración		21b	Distorsión de la forma	*
9	Perseveración		22	Rotación	
			23	Integración	
	Figura 3			Figura 8	
10	Círculos por puntos		24	Distorsión de la forma	*
11	Rotación		25	Rotación	
12 ^a	Integración	*			
12b	Línea continua				
	Figura 4			Indicadores emocionales	
13	Rotación	*		Orden confuso	
14	Integración			Línea ondulada	
				Círculos sustituidos por rayas	
				Aumento progresivo de tamaño	
				Gran tamaño	
	Altamente significativa DN			Tamaño pequeño	
	Altamente significativa DN 6 años			Segunda tentativa	
	Altamente significativa DN 7 años			Expansión	
	Significativa de 5 a 7 años			Línea fina	
	Significativa de 8 a 10 años			Repaso del dibujo	

Resultados totales en la aplicación del Bender	
Total de errores	6
Edad de madurez perceptual	7;0/ 7;5

Área emocional

Orden confuso: relacionado con incapacidad de organización, confusiones emocionales.

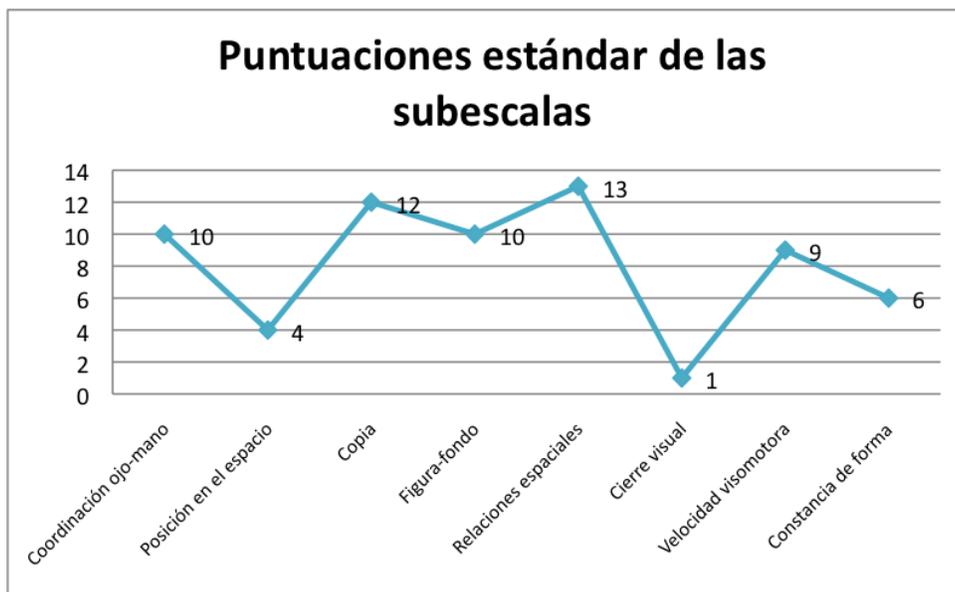
Tamaño pequeño: Esta asociado con ansiedad, conducta retraída, timidez.

Línea fina: Asociada con niños pequeños con timidez y retraimiento

ANEXO 2

Método de Evaluación de la Percepción de Frostig (DTVP-2) Hammil D., Pearson N., Voress J.
(1995)

Subprueba	Puntuación cruda	Equivalente de edad	Percentil	PVG	PRM	IVM
Coordinación ojo-mano	164	8-4	50	10		10
Posición en el espacio	13	5-5	2	4	4	
Copia	33	11-2	75	12		12
Figura-fondo	13	8-7	50	10	10	
Relaciones espaciales	42	11-2	84	13		13
Cierre visual	2	<3-11	0	1	1	
Velocidad visomotora	12	7-9	37	9		9
Constancia de forma	6	<3-11	9	6	6	



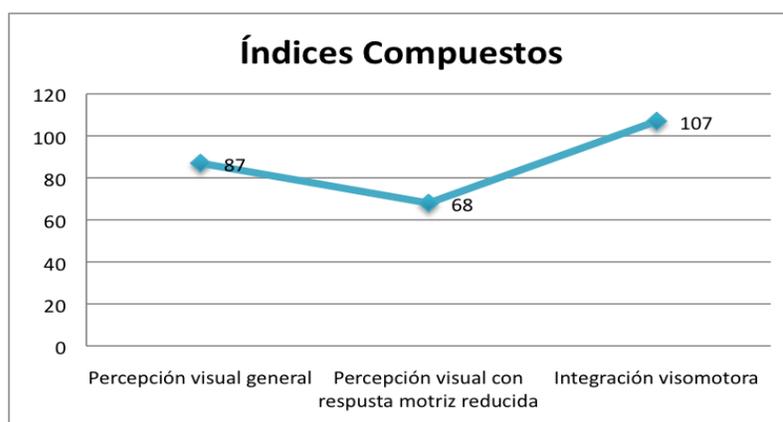
En la subprueba coordinación ojo-mano presenta una puntuación promedio lo cual indica la habilidad para dibujar líneas rectas o curvas con precisión de acuerdo con los límites visuales. Referente a la subprueba posición en el espacio, la puntuación obtenida está por debajo del promedio, lo que implica debilidad para igualar dos figuras de acuerdo a rasgos comunes. Las subpruebas copia, figura –fondo obtuvieron resultados similares, encontrándose puntuación promedio, indicando que **E** es capaz de dibujar un diseño a partir de un modelo, de distinguir

figuras específicas cuando estén ocultas por un fondo confuso y complejo, e igualar dos figuras que varían en uno o dos rasgos discriminativos.

Relaciones espaciales se encuentra arriba del promedio, implicando habilidad para reproducir patrones presentados visualmente. En Cierre visual presenta puntuación por debajo del promedio, por lo cual se le dificulta reconocer una figura estímulo que ha sido dibujada de manera incompleta.

Finalmente en velocidad visomotora tiene puntuación promedio mostrando que el niño puede juntar puntos para reproducir patrones presentados visualmente. Y en constancia de forma presenta dificultad para reconocer figuras geométricas que presentan diferente tamaño, posición o sombreado.

Compuesto	Coefficientes	Percentiles
Percepción visual general	87	19
Percepción visual con respuesta motriz reducida	68	1
Integración visomotora	107	68



La puntuación obtenida por **E** en el cociente de Percepción Visual General se encuentra por debajo del promedio, lo que implica que no hay un entendimiento considerable de las propiedades físicas que se relacionan con las figuras y los objetos, no presenta habilidades de discriminación que le permitan reconocer figuras estímulo cuando éstas aparecen en arreglos de formas similares, formas incompletas, fondos distractores posiciones y tamaños diferentes. Contrastando los resultados del Coeficiente de Percepción Visual con Respuesta Motriz Reducida (CPMR) con los resultados del Coeficiente de Integración Visomotora (CIVM), se nota que el segundo es mayor al primero.

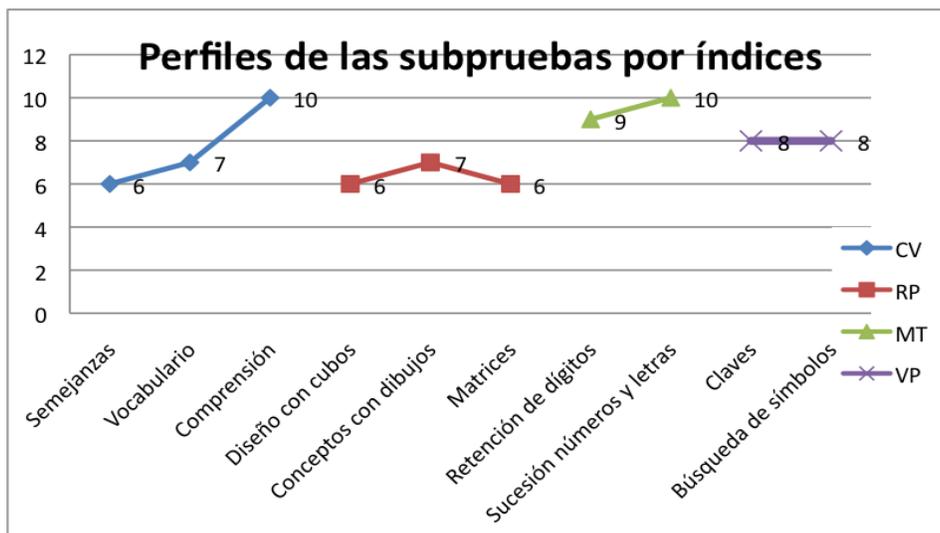
ANEXO 3

Escala Weschler de inteligencia para niños, WISC-IV (2004)

Fecha de aplicación: 27-Octubre-2008

Conversiones de puntuación natural total a puntuación escalar

Subprueba	Puntuación natural	Puntuaciones escalares					
		CV	RP	MT	VP	ET	
Diseño con cubos	10	6		6		6	
Semejanzas	8	6	6			6	
Retención de dígitos	12	9			9	9	
Conceptos con dibujos	11	7		7		7	
Claves	30	8			8	8	
Vocabulario	18	7	7			7	
Sucesión números y letras	14	10			10	10	
Matrices	9	6		6		6	
Comprensión	17	10	10			10	
Búsqueda de símbolos	13	8			8	8	
Suma de puntuaciones escalares			23	19	19	16	77
			CV	RP	MT	VP	ET

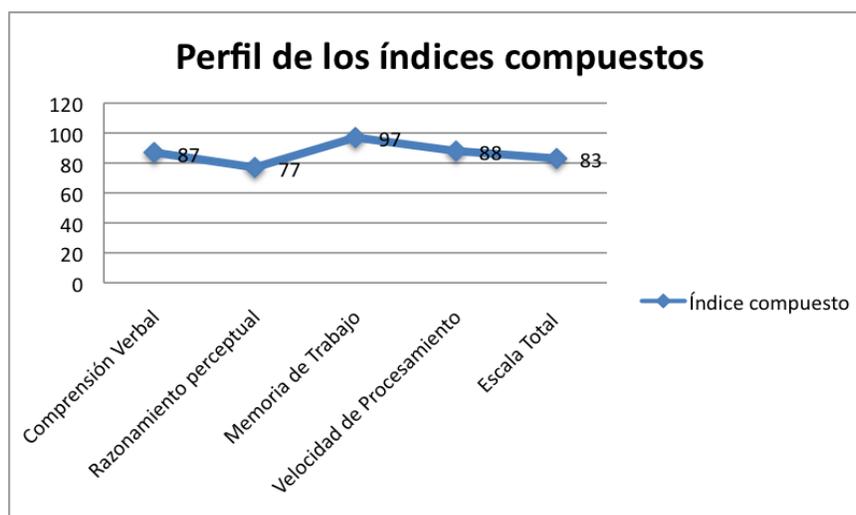


En las calificaciones obtenidas por **E** se observan promedios bajos en prácticamente todas las subpruebas como en Semejanzas, lo cual implica dificultad en el razonamiento verbal y la formación de conceptos, en Vocabulario, es decir no tiene conocimiento amplio de palabras, dificultad en el aprendizaje, memoria a largo plazo, Palabras en Contexto, subprueba relacionada con el razonamiento verbal, la comprensión verbal, con la capacidad para integrar y sintetizar diferentes tipos de información.

En el índice de razonamiento perceptual se encontraron puntuaciones bajas en diseño de cubos, conceptos con dibujos, matrices, figuras incompletas, claves, búsquedas de símbolos y registros. Las puntuaciones bajas en estas subprueba implicarían que **E** tiene en la capacidad de análisis, síntesis de información a nivel visual, en la organización de estímulos visuales, dificultad en el razonamiento abstracto, en la memoria auditiva a corto plazo, y en las habilidades de secuenciación. De manera general se observa que **E** necesita estimulación en las áreas visuales y en la comprensión verbal, mayormente debido a la ansiedad generada por el ambiente escolar en el que siempre percibía como amenazante y no lograba sentirse seguro, aceptado ni valorado.

Cálculo de puntuaciones índice

Escala	Suma de puntuaciones escalares	Índice compuesto	Rango percentil	Intervalo de confianza de 95%
Comprensión Verbal	23	87	19	81-95
Razonamiento perceptual	19	77	6	71-86
Memoria de Trabajo	19	97	42	90-105
Velocidad de Procesamiento	16	88	21	80-98
Escala Total	77	83	13	79-88



ANEXO 4

Dibujo de la Figura Humana en los niños según Koppitz (1995)



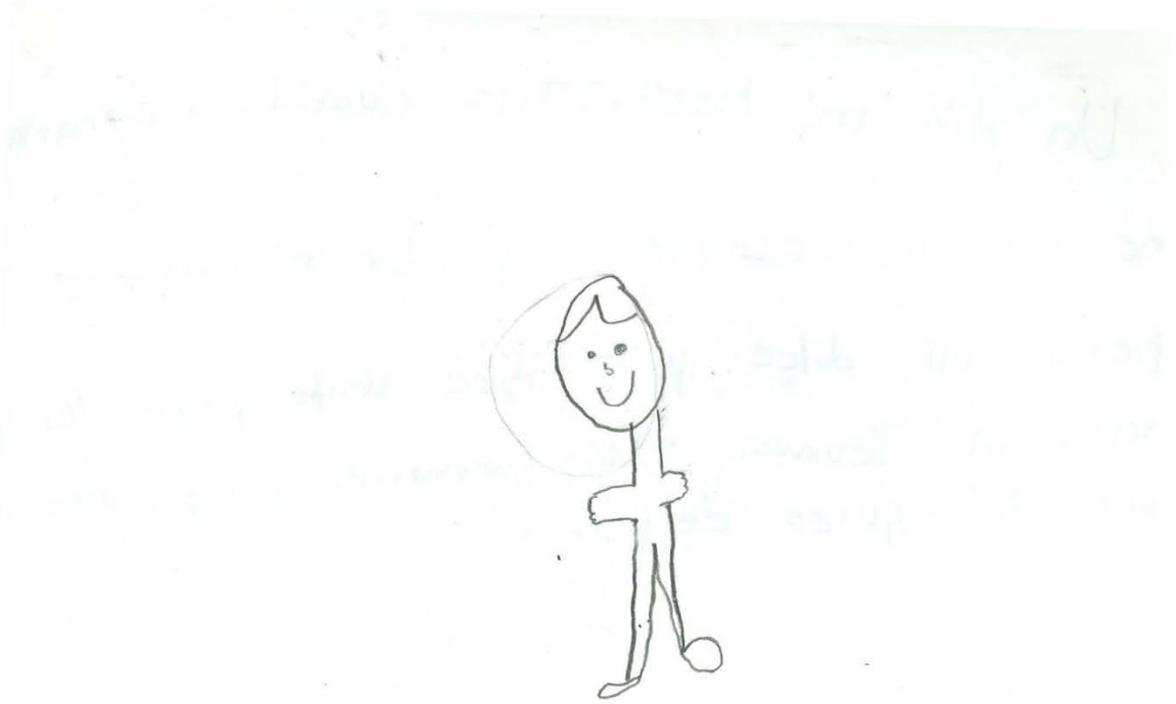
mama que despues vamos hacer la sercmonia
en la escuela y tengo que inbestiga Lode el glacia
y lo voy a desir en la escuela cuando entre
a la escuela cuando se acabe el imno.

Indicadores del desarrollo en los DFH en niños de 8 años de edad		
Indicadores esperados	Presente	Ausente
Cabeza	*	
Ojos	*	
Nariz	*	
Boca	*	
Cuerpo	*	
Piernas	*	
Brazos		*
Pies	*	
Brazos 2 dimensiones		*
Piernas 2 dimensiones	*	
Indicadores excepcionales		
Fosas nasales		*
Codos		*
2 labios		*
Rodillas		*

El procedimiento para la puntuación final consiste en otorgar 5 puntos de inicio al dibujo del menor, al cual se le restará un punto por cada indicador esperado para su edad que no esté presente. En el dibujo de **E** no se encuentran presentes los brazos y por lo tanto tampoco el indicador de brazos en dos dimensiones, lo que le resta a la puntuación de 5 dos puntos quedando como total 3 puntos, lo que equivale a un nivel normal bajo.

ANEXO 5

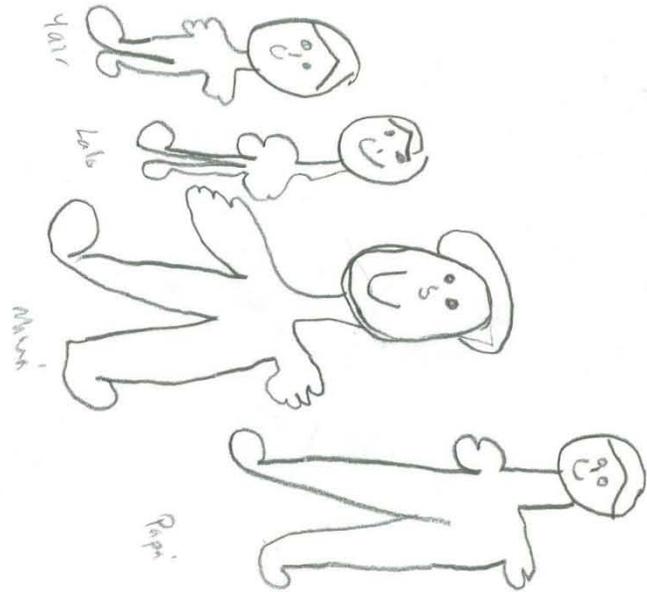
Dibujo de la Figura Humana de sexo contrario en los niños según Koppitz (1995)



Un día mi hermano cuando mi mamá
me iba a recoger al quinder mi hermano
quería un dulce y le dice veinte pero lla
noro se llevaban a mi hermano y mi mamá
ano lo quiso dejar.

ANEXO 6

Test del Dibujo de la Familia según Corman (1967)



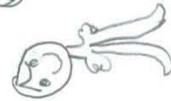
Abdullah Khan



Muhammad



Papal



ANEXO 7

MAURICIO ENFRENTA SUS MIEDOS

Muy profundo, en el corazón de la selva amazónica existe un árbol muy alto, muy por encima de todos los demás árboles. Sus raíces son muy profundas, y su troco es fuerte y grueso, tanto que aguanta todas las ramas que salen de él hacia el cielo. El árbol es conocido como el árbol de Rasheeka porque era habitado por Rasheeka el abuelo de una familia muy grande de monos. Rasheeka era alguien muy respetado, él le enseñó a toda su familia a cazar y a recolectar comida. Él enseñó a sus nietos sobre las grandezas de la selva, pero al mismo tiempo, les advirtió sobre los peligros, como las víboras.

Uno de los nietos de Rasheeka era un pequeño mono llamado Mauricio quien amaba trepar por el árbol y brincar entre las ramas. Él escuchaba atentamente las historias de su abuelo pero se asustó mucho cuando escuchó las advertencias de su abuelo sobre las víboras en la selva. A Mauricio le dio aún más miedo cuando un día vio pasar por abajo del árbol una víbora que medía casi 7 metros. Después de eso, se dijo a sí mismo que nunca dejaría el árbol de Rasheeka porque no quería ser capturado por una víbora hambrienta. La mamá de Mauricio, Rosa, y su papá, Manuel, estaban seguros de que Mauricio superaría su miedo cuando creciera. Sin embargo, se preocuparon cuando Mauricio creció y aún se resistía a dejar la seguridad del árbol. Cada vez que lo animaban para dejar el árbol y recolectar comida con sus primos, Mauricio agitaba la cabeza y gritaba, "No". Rosa suplicaba a su hijo y le prometía darle bananas extras si de aventuraba a salir de casa. Manuel regañaba a su hijo e insistía en que saliera a recolectar comida con sus primos.

Aunque Mauricio intentó varias veces salir con sus primos, en el momento en el que su pie tocaba el suelo, comenzaba a sentir pánico. Se sentía exaltado y mareado; sentía un calor recorrer su cuerpo. El corazón de Mauricio se agitaba, su respiración se volvía rápida, y sus manos y pies temblaban como las ramas de una palma que se balancean ante una tormenta tropical. Sintiendo que estaba sobrepasado por su miedo y nervios, Mauricio salía rápidamente disparado de regreso a la parte alta del tronco del árbol de Rasheeka.

Rosa y Manuel fueron con Rasheeka y le pidieron que hablara con Mauricio. Rasheeka se acercó cuidadosamente al asustado monito y le dijo, "Vivir con miedo es algo terrible. Sé que yo te he advertido sobre las víboras y que tú has visto una muy larga, pero el riesgo de que te ataque una es muy pequeño, especialmente si viajas con el grupo de monos. Mauricio, te darás cuenta de que serás más feliz si enfrentas a tus miedos." Mauricio escuchó a su abuelo e incluso intentó dejar el árbol un par de veces. Sin embargo, cada vez, comenzaba a sentirse nervioso y temeroso y entonces corría y trepaba el árbol otra vez. Rasheeka vio con tristeza a Rosa y Manuel y les dijo, "Él no va a escuchar mi consejo. Mauricio tendrá que darse cuenta de que se volverá un mono muy solo si no supera sus miedos".

El tiempo pasó y Mauricio dejó de intentar dejar el árbol. Todos los días sus primos se iban sin siquiera dirigirle una palabra. Ellos salían en busca de deliciosas moras, frutas y nueces en otras partes de la selva. Mauricio se decía a sí mismo que él era feliz con sólo quedarse en el árbol.

Un día, Mauricio estaba sentado en el árbol, mantenía sus ojos sobre los insectos para poder comerlos como un antojo a media mañana. Él estaba ocupándose de sus propios asuntos cuando de repente –Splat! Mauricio

sintió una sustancia húmeda y babosa correr por su cara. Se limpió la cara y se dio cuenta de que se trataba de una banana podrida aplastada. “Oh guacala” dijo Mauricio y luego escuchó una risa venir de abajo. Miro hacia abajo y vio a dos monitos traviesos, Ricardo y Juan, quienes vivían en el árbol vecino. Los dos monitos se retorcián de risa en el suelo. Le habían disparado una banana podrida y aplastada a Mauricio, utilizando un palo de bambú hueco. Llamaron a su arma “bazuca banana”. Ricardo y Juan tenían una reputación de ser muy juguetones, pero a Mauricio solamente le parecieron molestos. Ricardo y Juan comenzaron a dispararle más bananas podridas y aplastadas a Mauricio. Mauricio las esquivó todas y evitó que le pegaran. Después les gritó: “¡Oigan, ya déjenme en paz, o sino me van a encontrar!” Juan volvió a disparar, “¿O si no qué?” “Sí, ¿qué vas a hacer? ¿Vas a bajar de tu árbol y nos atraparás?” -dijo Ricardo. Juan gritó –“¡Si te animas a bajar del árbol, será mejor que te cuides de las víboras!”

Mauricio dejó caer su cabeza, avergonzado. Sabía que Ricardo y Juan tenían razón, y sabía que nunca dejaría su árbol porque tenía demasiado miedo. Mauricio comenzó a llorar y pensó “No soy más que un inadaptado. Nunca dejaré este árbol; simplemente viviré toda mi vida con miedo. Oh, a que vida tan miserable me dirijo”

Los lloriqueos de Mauricio llegaron a oídos de su abuelo. Rasheeka se acercó a Mauricio e intentó consolarlo. Lo abrazó y le dijo, “Todo estará bien. Sólo necesitas enfrentar tus miedos, y en un tiempo, ya no tendrás miedo.” Mauricio siguió llorando, “no hay manera en que yo siquiera me acerque a una víbora.” Rasheeka respondió, “Tengo una idea. Conozco a una víbora amigable, su nombre es Raúl. Él no muerde y no te lastimará. Quiero que conozcas a Raúl, y tal vez después ya no les temas tanto.” Mauricio contestó –“Ya te lo dije, no me pienso acercar a una víbora.” Rasheeka insistió, “Bueno, que te parece si la traigo a la base del árbol mañana y te la presento. Tú sólo dices hola. Después de eso, podrás acercarte más y más a él. De esa forma superarás tu miedo de manera gradual.” Mauricio se quejó un poco, pero finalmente dijo –“Sí, lo intentaré.”

Al día siguiente, Rasheeka trajo a Raúl a la base del árbol. Mauricio estaba sentado en una rama muy ancha, a 10 metros de altura, cuando se asomó a ver a la víbora. Su cabeza comenzó a dar vueltas, se mareó, y su corazón comenzó a agitarse. Mauricio estaba respirando muy rápido. Rasheeka vio hacia arriba del árbol y notó que Mauricio estaba muy nervioso, entonces le gritó “Relájate. Tranquilo. Respira hondo, relaja tus músculos, y piensa en algo positivo.” Mauricio hizo lo que su abuelo le pidió, y para su propia sorpresa, comenzó a sentirse menos temeroso. Después de que Mauricio se tranquilizó dijo, “Creo que ya estoy bien.” Rasheeka dijo, “Bien. Mañana lo volveremos a intentar, solo que mañana tendrás que bajar del árbol y Raúl se alejará 7 metros.” Mauricio comenzó a quejarse de nuevo y dijo, “promete que Raúl no se acercará más de 7 metros.” Raúl se unió en este momento a la conversación y dijo, “Te prometo que no me acercaré a más de 7 metros. Te podrás dar cuenta de que soy una víbora muy amigable.”

Rasheeka y Raúl se presentaron al día siguiente como habían acordado. Mauricio accedió a bajar a la base del árbol, mientras Raúl se encontrará a 7 metros de distancia. Mauricio comenzó a sentir esa sensación de pánico, pero Rasheeka rápidamente intervino y le dijo que practicara las habilidades que había aprendido ayer. Mauricio siguió su consejo y de nuevo se dio cuenta de que podía controlar su ansiedad. Mauricio practicó las técnicas de relajación con Raúl, esas que le había enseñado Rasheeka, y lo hizo durante las tres semanas siguientes. Despacio pero seguro, Mauricio se fue acercando poco a poco a Raúl. Fue de estar a

siete metros de distancia de él a 5, a 4, a 3, a 1, y después a sólo unos centímetros de distancia. Finalmente, después de tres semanas, Mauricio estaba listo para dar el siguiente gran paso. Aceptó levantar y sostener a Raúl.

Al siguiente día, Mauricio estaba nervioso, pero estaba seguro de que podría con eso. Bajó del árbol y se encontró con Rasheeka y Raúl. Mauricio rió nerviosamente y dijo, “Estoy nervioso, pero estoy listo para hacer esto.” Levantó a Raúl y lo sintió frío, su cuerpo escamoso sobre su peluda piel. Se rió porque le hacía cosquillas. Mauricio sostuvo a Raúl durante 15 minutos, y después lo bajó porque Raúl ya quería regresar a casa con su familia. Mauricio agradeció a Rasheeka y a Raúl el que fueran amigos tan especiales y le brindaran su ayuda. Mauricio les dijo, “Sin su ayuda nunca hubiera bajado de ese árbol, y ahora me siento listo para ir a explorar la selva”. Rasheeka y Raúl festejaron a Mauricio.

Después de ese día Mauricio dejó a diario el árbol de Rasheeka para aventurarse en la selva acompañado de su familia y amigos. Su seguridad crecía cada vez más con cada día que pasaba, y ya no vivía la vida con miedo. Mauricio de vez en cuando llega a sentirse nervioso, pero se ha dado cuenta de que eso es normal. Aprendió a manejar su miedo cuando éste aparecía. Aún mantenía el ojo vigilante en busca de víboras peligrosas, como podrían ser las boas constrictoras, pero ya no se aterrorizaba ante ellas, especialmente después de descubrir que el grito de un monito puede ser muy ruidoso. Mauricio aprendió que su ruidoso grito podría alejar a cualquier boa constrictora si es que llegaba a toparse con una.

Las aventuras de Mauricio lo llevaban cada vez más y más lejos del árbol de Rasheeka. Un día, Mauricio se encontró con un jardín escondido de árboles de papaya y guayaba. Mauricio y los demás recolectaron una gran cantidad de papayas y guayabas para llevarlas a casa. De camino a casa, compartieron sus deliciosos tesoros con los otros monos. Mauricio incluso compartió una papaya y guayabas con Ricardo y Juan. Los dos monos traviesos aceptaron ya no molestar a Mauricio ni a sus primos si Mauricio aceptaba mostrarles el lugar del jardín escondido. Mauricio aceptó mostrarles el lugar pero primero les pidió que le entregaran la bazuca banana.

Más tarde ese día, Rasheeka, el abuelo de Mauricio, se acercó a él y le dijo, “Estoy muy feliz por ti, mi nieto. Has enfrentado tus miedos y los has superado. Has compartido los tesoros de la selva con tu familia, y haciendo eso, has descubierto el tesoro que se encuentra en tu corazón. El tesoro de dar.” Mauricio sonrió y se sintió muy bien de haber sido capaz de ayudar a su familia.

ANEXO 8

VAMOS A RELAJARNOS!!

Hoy vamos a hablar de cómo se sienten nuestros cuerpos cuando están relajados y cómo se sienten cuando están tensos.

MENU DE ACTIVIDADES

✓ Robot/Muñeco de trapo

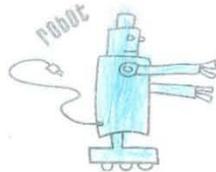
Piensa en una ocasión cuando te sentiste feliz y relajado. Imagina que ahora estás en esa situación. ¿Cómo se siente tu cuerpo? *relajado*

Ahora cierra el puño. ¿Se siente diferente de cómo se sintió tu cuerpo cuando estabas relajado? *Si*

Cuando me siento tenso, mi cuerpo se siente rígido, como si fuera un robot. Intenta ponerte rígido. Mi robot favorito es WALL-E. Piensa en tu robot favorito. Apuesto a que puedes caminar como camina un robot. Solo tensa tus músculos e inténtalo.

Ahora, me gustaría que relajaras todos tus músculos. Intenta ponerte flojito/aguadito, como un muñeco de trapo. Imaginate que eres Woody de Toy Story.

Describe cómo te sentiste diferente cuando intentaste ser un robot y cuando intentaste ser un muñeco de trapo.



<i>mi cuerpo lo sentí</i>
<i>rígido</i>
<i>tenso</i>

<i>me sentí como una</i>
<i>gelatina aguada</i>
<i>frágil</i>
<i>sin fuerza</i>
<i>relajado</i>

ANEXO 9

✓ Vamos a aprender el primer paso para manejar la ansiedad

Reconocer que tu cuerpo se siente tenso y que estás preocupado es el primer paso para aprender a manejar las situaciones que te ponen ansioso. Para ayudarme a recordar este paso, yo lo llamo

¿Me siento asustado?



Vamos a imaginarnos que estás nervioso. ¿Cuál es la primera señal que tienes cuando te sientes ansioso?

con ganas de gritar.
con sudor en las manos.
con sudor en el cuello.

Revisemos todos los sentimientos y sensaciones corporales de las sesiones anteriores. Seguramente las personas pueden sentirse de muchas formas diferentes.

ANEXO 10

Durante esta semana describe dos ocasiones en las que te hayas sentido nervioso o asustado. Pon especial atención a los pensamientos que hayas tenido.

No olvides practicar la relajación

MYP

SITUACIÓN 1

Estuve nervioso, asustado, o preocupado cuando nervioso cuando íbamos al terreno.

¿Me sentí asustado?

Mi cuerpo reaccionó: sudar en las manos

¿Esperaba que pasaran cosas malas?

Yo pensé: en que nos iban a robar

En lugar pensé: en hacer nuestra casa

ANEXO 10

SITUACIÓN 2

Estuve nervioso, asustado, o preocupado cuando estaba exponiendo
mi tema de geografía

¿Me sentí asustado?

Mi cuerpo reaccionó: con sudor en las manos

¿Esperaba que pasaran cosa malas?

Yo pensé: Que me iba a reprobar la maestra

En lugar pensé: Que me iba a felicitar.

ANEXO 11

★ ¿Cómo es que estos pasos ayudan?

Aquí hay una situación que podemos usar como ejemplo:

Hay un niño nuevo en el salón que a ti te gustaría conocer, pero te sientes nervioso de hablarle. En el recreo él se sienta junto a ti. ¿Tu qué haces?

1. ¿Me siento asustado?

¿Te sientes nervioso? ¿Cómo te puedes dar cuenta? por la reacción
de mi cuerpo

2. ¿Espero que ocurran cosas malas?

Enciende tus autoinstrucciones -¿qué es lo que te está preocupando en la situación? Utilizando el ejemplo, escribe algunas ideas.

que me conteste mal
o que no me conteste
que me diga una grosería

3. Actitudes y Acciones

Ahora haz una lista de las posibles cosas que podrías hacer. Pregúntate "¿Qué puedo hacer para que esta situación no me dé tanto miedo?"

1. pensar en algo bonito.
2. respiraciones profundas.
3. recordar buenos momentos.

ANEXO 12

¡Bueno! A veces consigo recompensa de otra gente, pero también yo me recompenso, soy feliz por como hice las cosas, además toda la recompensa es para mi mismo. A menudo me digo " hey, hice un buen trabajo, " Incluso cuando las cosas no resultan perfectas. Intento recompensarme por lo que hice. Por ejemplo, puede ser que me recompense pasando tiempo adicional preparación del baño.



✓ PRACTIQUEMOS Y USEMOS LOS RESULTADOS Y RECOMPENSAS

Anika jugo futbol en su escuela y anoto un gol. ¿Qué podría decirse Anika y recompensarse?

decirse que lo hizo bien
recompensarse con agradecer.



Jeff escribió un ensayo para una competencia de la ciudad y ganó el tercer lugar. ¿Cómo debe Jeff recompensarse?



se podría decir que se
esforzo.

¡Las recompensas no son solo para los trabajos perfectos!

A veces, incluso si hago un buen trabajo, las cosas no resultan exactamente como lo planeé. O pienso a veces que debí haber hecho un mejor trabajo. En esos casos, todavía intento recompensarme más por lo que hice. ¡Después de todo, no podemos perfectos!

Como cuando hice un pastel para mi amigo, pero se me olvidó sacarla del horno a tiempo y se quemó. Me seguía sintiendo orgulloso de mi mismo por pensar en mi amigo en su cumpleaños, incluso pensé que el pastel no era perfecto.

LOS CUATRO PASOS PARA SER MÁS VALIENTES



1.- ¿Qué es lo que estoy sintiendo?



Yo soy valiente

2.- ¿Qué estoy pensando?



Yo soy el que
puedo
vencer al miedo

3.- ¿Actitudes y acciones que pueden ayudar?



mi abuelita
y
yo

4.- Resultados y recompensas



que hoy me siento
muy valiente
que nunca

ANEXO 14

SITUACION 1

Estuve nervioso, asustado, o preocupado cuando nervioso

Cuando iba a hacer calculo mental
de tablas de multiplicar

¿Me sentí asustado?

Mi cuerpo reaccionó: con sudor en las manos

¿Esperaba que sucedieran cosas malas?

Estaba pensando en que me iba a sacar
diez

Preferí pensar en que me iba a sacar diez

Actitudes y acciones que pueden ayudar

Lo que me ayudó fue que iba a sacar diez

Resultados y recompensas

Cómo le hice respirar profundo y decir que
ya puedo

ME recompensé con mi diez

ANEXO 15

ACTITUDES	ACCIONES
valiente	porque ya se me quito el miedo
Feliz	por los avances que e tenido
emocionado	por mi nueva vida
comprensivo	soy capaz de comprender los problemas que surgen
Orgulloso	por que mi familia me dice que e cambiada mucho
generoso	que comparto mis cosas
noble	me intereso por las demás personas

