



**Universidad Nacional Autónoma de México**  
**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO COGNITIVO CONDUCTUAL EN NIÑOS  
ESCOLARES CON TRASTORNOS DE ANSIEDAD.**

**TESIS**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE  
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**ALEJANDRA VIRIDIANA GUTIÉRREZ GARCÍA**

**DIRECTORA:**

**DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**COMITÉ:**

**DRA. ANGÉLICA RIVEROS ROSAS**  
**FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN**  
**DRA. CECILIA MÉNDEZ SÁNCHEZ**  
**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE AGUASCALIENTES**  
**DRA. ALEJANDRINA INÉS NOGALES IMACA**  
**HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL "DR. JUAN N. NAVARRO"**  
**MTRA. VERÓNICA RUIZ GONZÁLEZ**  
**CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIÁN MC GREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"**

**Ciudad de México**

**ENERO 2017**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## Agradecimientos

Es momento de hacer una pausa para agradecer a las personas e instituciones que a lo largo de estos dos años y medio de formación de posgrado, y a lo largo de mi historia, han hecho posible la realización de este trabajo. A riesgo de no mencionar a alguien, me disculpo anticipadamente por ello y escribo estas líneas con absoluta sinceridad desde lo que dicta mi sentir.

Quiero agradecer a mi nueva *alma máter*, mi amada Universidad Nacional Autónoma de México, y a mi querida Facultad de Psicología, que en sus aulas recibí grandes aprendizajes de personas que lo hicieron posible. Sin temor a dudas, pertenecer a ellas ha sido una de las experiencias únicas e invaluables de mi vida, porque el ser puma es un verdadero orgullo que se porta desde lo más profundo del corazón. Asimismo, no puedo evitar mencionar a la institución que me vio crecer en mi formación: Mi Universidad Autónoma de Aguascalientes, quien fundó mis raíces y que gracias a ella y a mis maestros, he llegado hasta este lugar. Prometo esforzarme y actuar con responsabilidad para poner su nombre en alto y poder retribuir a lo que se me ha dado. *¡Por mi raza hablará el espíritu!* y *¡Se lumen Proferre!*

Agradezco también al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) por brindarme el apoyo indispensable para continuar con mis estudios de Maestría, una tarea nada sencilla pero que al ser parte del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC), me llena de gran satisfacción y orgullo. Sin su apoyo, este proyecto no se hubiera gestado.

He de mencionar también al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” por abrirme sus puertas para la realización de la residencia en Medicina Conductual, un lugar del cual no me canso de aprender pues día a día me enseña nuevas cosas respecto a la salud mental infantil y adolescente. Asimismo, agradezco a todos los pacientes y a sus cuidadores primarios que a lo largo del posgrado estuvieron bajo mi responsabilidad, incluyendo a aquéllos que participaron en este estudio, por permitirme contribuir en su dinámica familiar y por confiarme su estado emocional: fui yo quien aprendió de ustedes. Sin olvidar mencionar a mis Psicólogas adscritas Marcela Martínez y Maricruz Rodríguez, por compartirme de su conocimiento y experiencias profesionales, por confiar en mí y por su apoyo en todo momento.

Mi más profundo agradecimiento a mi directora de tesis, la Dra. Mariana Gutiérrez, por brindarme seguridad y acompañarme de forma muy cercana en este proceso, por el tiempo invertido, por las risas interminables que disminuían mi estrés, pero sobre todo por la cantidad inigualable de conocimiento brindado. A la Dra. Angélica Riveros, la mejor profesora que pude tener en el posgrado; su sencillez, paciencia y vasto conocimiento la hacen ser un ejemplo admirable para mí y me motiva a seguir sus pasos. A la Dra. Cecilia Méndez, por todos estos años de aprendizaje constante, por sembrar en mí el gusto por el trabajo clínico infantil y las ganas de seguirme superando, y por formarme como profesional desde mis primeros semestres de licenciatura. Finalmente, a la Dra. Inés Nogales y a la Mtra. Verónica Ruiz, por ser partícipes de este documento y por todas las enseñanzas que me han brindado.

El mayor de los honores para mis padres Alejandro Gutiérrez y Ana María García, porque siempre han apoyado las decisiones que he tomado confiando en mí, porque a pesar de la distancia han estado siempre conmigo apoyándome y deseando que todo marche bien, y porque tanto las satisfacciones como las caídas y tropiezos, las han vivido junto conmigo como si fueran propias, alentándome a seguir adelante con la cara al frente y demostrándome con su ejemplo que con esfuerzo y constancia las metas se pueden lograr. Como ellos lo han dicho, mi mayor herencia son los estudios, y esto es una muestra de que me la han dejado en vida y de que como padres han hecho un trabajo extraordinario, el cual no tengo como pagárselos más que con mi infinito agradecimiento y mi amor eterno. ¡Los amo!

A mis hermanos Julio César y Karina, con quienes comencé a formarme y por todas las experiencias que vivimos en la infancia de las que aprendimos y crecimos juntos. Gracias a ello empezamos a consolidar las bases de lo que somos hoy en día, y ahora continúo aprendiendo de cada uno de ustedes por la esencia de su ser. A mi abuela Dionisia García (†), quien desde que yo era muy pequeña me inculcó el valor de la responsabilidad, el compromiso de ponerme a estudiar “aunque yo no tuviera ganas” y el dar siempre lo mejor de mí. Estés en donde estés este logro también es gracias a ti.

A mi cuñada Ivonne Vázquez y a mis sobrinos consentidos Paula y Matías, por formar parte de mi familia y ser quienes son, por darme ánimos y festejar mis logros, por

dar alegría a mi vida con solo escucharlos y saber que se encuentran bien, porque a pesar de la distancia los llevo en el corazón y sé que van a estar ahí por siempre.

Incluyo también a mis amigas Lorena Alcántara y Mary Mendiola, quienes han confiado en mí desde que nos conocimos, por dejarme aprender de ellas y por ayudar a construirme como una mejor persona; gracias a su amistad me siento acompañada en esta gran Ciudad en donde en un inicio todo era desconocido y sin rumbo.

La Psic. Xóchitl Betanzos merece ser mencionada también en este apartado, pues me ha puesto el ejemplo vívido del compromiso fiel ante los pacientes, brindando importancia y crédito imprescindible al trabajo psicológico, para así romper paradigmas y mitos respecto a nuestra no fácil labor. Gracias por confiar tanto en mí.

Mi reconocimiento también a mi tía Graciela Gutiérrez, por estar en los momentos más difíciles de mi estancia en la Ciudad de México, aconsejándome y ayudándome a plantar los pies sobre la tierra, y porque con su compañía me sentía como en casa.

Y por último, a mi gran amigo Carlos Lozano, porque pese a las múltiples ocupaciones siempre tiene un momento para ayudarme cuando más lo requiero, para escucharme y recordarme, en incontables ocasiones que lo olvidaba, el motivo por el cuál estoy aquí. Gracias por tantos aprendizajes tanto personales como profesionales, una gran parte de este documento también es por ti.

A todos ustedes ¡muchas gracias!

## Índice

<b>Resumen</b> .....	9
<b>Abstract</b> .....	9
<b>Introducción</b> .....	11
<b>Capítulo 1. Trastornos de Ansiedad Infantil</b> .....	15
Clasificación de los Trastornos de ansiedad infantil.....	17
Principales diagnósticos.....	19
Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).....	19
Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS).....	20
Trastorno de Ansiedad Social o Fobia Social (FS).....	20
Etiología.....	21
Factores necesarios.....	22
Factores suficientes.....	25
Factores contribuyentes.....	26
Factores desencadenantes.....	27
Prevalencia de los Trastornos de ansiedad infantil.....	29
Comorbilidad de los Trastornos de ansiedad infantil.....	30
<b>Capítulo 2. Modelos Psicológicos Explicativos de los Trastornos de Ansiedad Infantil</b> .....	32
Antecedentes explicativos de la ansiedad infantil.....	32
La transición hacia modelos mediacionales.....	38
Perspectivas actuales.....	42
<b>Capítulo 3. Evaluación y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad Infantil</b> .....	47
Evaluación psicológica de la ansiedad en niños.....	47
Tratamiento de la ansiedad en niños.....	52
<b>Método</b> .....	61
Definiciones conceptual y operacional.....	61
Diseño.....	61
Participantes.....	62
Instrumentos y herramientas.....	63

Instrumentos.....	63
Herramientas.....	64
Procedimiento.....	68
Fase I. Evaluación.....	69
Fase II. Tratamiento Cognitivo Conductual.....	70
Fase III. Seguimiento.....	74
Consideraciones éticas.....	74
<b>Resultados.....</b>	<b>76</b>
Estudio piloto.....	78
Modificaciones para los casos réplica.....	82
Casos réplica.....	83
Pacientes del Grupo A.....	84
Paciente R.....	84
Paciente D.....	85
Paciente Q.....	85
Paciente A.....	85
Paciente Rd.....	86
Paciente JC.....	86
Pacientes del Grupo B.....	106
Paciente H.....	106
Pacientes del Grupo C.....	111
Paciente S.....	111
Paciente K.....	112
Paciente J.....	112
Análisis grupal.....	122
<b>Discusión.....</b>	<b>126</b>
<b>Conclusión.....</b>	<b>145</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>150</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>165</b>

<b>Anexo 1.</b> Formato de Registro Conductual Diario.....	166
<b>Anexo 2.</b> Formatos de Consentimiento y Asentimiento.....	168
<b>Anexo 3.</b> Mapa clínico de patogénesis Estudio Piloto.....	173
<b>Anexo 4.</b> Mapa clínico de patogénesis Paciente R.....	174
<b>Anexo 5.</b> Mapa clínico de patogénesis Paciente D.....	175
<b>Anexo 6.</b> Mapa clínico de patogénesis Paciente Q.....	176
<b>Anexo 7.</b> Mapa clínico de patogénesis Paciente A.....	177
<b>Anexo 8.</b> Mapa clínico de patogénesis Paciente Rd.....	178
<b>Anexo 9.</b> Mapa clínico de patogénesis Paciente JC.....	179
<b>Anexo 10.</b> Mapa clínico de patogénesis Paciente H.....	180
<b>Anexo 11.</b> Mapa clínico de patogénesis Paciente S.....	181
<b>Anexo 12.</b> Mapa clínico de patogénesis Paciente K.....	182
<b>Anexo 13.</b> Mapa clínico de patogénesis Paciente J.....	183
<b>Anexo 14.</b> Formato de registro de ansiedad. Estudio piloto.....	184

### Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> Cuadro comparativo de los principales Trastornos de ansiedad según el DSM-V y la CIE-10.....	18
<b>Tabla 2.</b> Puntos de corte para las escalas del CMASR-2.....	63
<b>Tabla 3.</b> Puntos de corte considerados para el SCAS.....	65
<b>Tabla 4.</b> Definiciones de las escalas del CMASR-2 y SCAS.....	66
<b>Tabla 5.</b> Características de los participantes.....	77
<b>Tabla 6.</b> Fecha y listado de actividades para las sesiones de tratamiento del estudio piloto.....	80
<b>Tabla 7.</b> Resultados pretest-postest CMASR-2 del estudio piloto.....	81
<b>Tabla 8.</b> Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente R...	92
<b>Tabla 9.</b> Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente D...	93
<b>Tabla 10.</b> Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente Q..	95
<b>Tabla 11.</b> Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente A..	97
<b>Tabla 12.</b> Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente Rd	98
<b>Tabla 13.</b> Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente JC.	99

<b>Tabla 14.</b> Datos Cuantitativos y Cambio Clínico Objetivo –CCO, para CMASR -2 de los pacientes del Grupo A.....	102
<b>Tabla 15.</b> Datos Cuantitativos y Cambio Clínico Objetivo –CCO, para SCAS de los pacientes del Grupo A.....	102
<b>Tabla 16.</b> Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente H..	109
<b>Tabla 17.</b> Datos cuantitativos y Cambio Clínico Objetivo –CCO, para CMASR-2 del paciente del Grupo B.....	111
<b>Tabla 18.</b> Datos cuantitativos y Cambio Clínico Objetivo –CCO, para SCAS del paciente del Grupo B.....	111
<b>Tabla 19.</b> Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente S...	116
<b>Tabla 20.</b> Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para la paciente K..	117
<b>Tabla 21.</b> Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente J...	119
<b>Tabla 22.</b> Datos cuantitativos y Cambio Clínico Objetivo –CCO, para CMASR-2 de los pacientes del Grupo C.....	121
<b>Tabla 23.</b> Datos cuantitativos y Cambio Clínico Objetivo –CCO, para SCAS de los pacientes del Grupo C.....	121
<b>Tabla 24.</b> Estadísticos descriptivos del grupo de acuerdo al CMASR-2.....	123
<b>Tabla 25.</b> Prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Frecuencias para el CMASR-2...	124
<b>Tabla 26.</b> Estadísticos descriptivos del grupo de acuerdo al SCAS.....	124
<b>Tabla 27.</b> Prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Frecuencias para el SCAS.....	125

### **Índice de Figuras**

<b>Figura 1.</b> Clasificación de factores asociados a los Trastornos de ansiedad infantil.....	22
<b>Figura 2.</b> Condicionamiento clásico según I. P. Pavlov.....	34
<b>Figura 3.</b> Presencia de ansiedad a lo largo del proceso para el estudio piloto.....	79
<b>Figura 4.</b> Comparación pretest-postest CMASR-2 del estudio piloto.....	81
<b>Figura 5.</b> Presencia de ansiedad a lo largo del proceso de los pacientes del Grupo A...	88
<b>Figura 6.</b> Comparación de resultados Pretest-Postest CMASR-2 y SCAS para el Grupo A.....	101
<b>Figura 7.</b> Presencia de ansiedad a lo largo del proceso para el paciente del Grupo B...	107
<b>Figura 8.</b> Comparación de resultados Pretest-Postest CMASR-2 y SCAS para el Grupo B.....	110
<b>Figura 9.</b> Presencia de ansiedad a lo largo del proceso para los pacientes del Grupo C	113
<b>Figura 10.</b> Comparación de resultados Pretest-Postest CMASR-2 y SCAS para el Grupo C.....	120

## **Resumen**

Actualmente los Trastornos de ansiedad son algunos de los diagnósticos más comunes de acuerdo con las estadísticas a nivel mundial en la población infantojuvenil, por lo que la literatura actual refiere la gran importancia de su atención y prevención oportunas. Dado este hecho, el propósito de este estudio fue evaluar la efectividad del Tratamiento Cognitivo Conductual en niños de 8 a 11 años de edad con Trastornos de ansiedad, diagnosticados y tratados farmacológicamente en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, ubicado en la Ciudad de México. Se realizó un estudio piloto y 10 casos réplica bajo un diseño compuesto por tres fases: Fase I Evaluación, Fase II Tratamiento Cognitivo Conductual, y Fase III Seguimiento; además de ello, se realizó un pretest –antes del tratamiento- y tres posttest –al término, al mes y a los dos meses de concluido- mediante los instrumentos CMASR-2 y SCAS, validados y estandarizados en México. Se midió la frecuencia de la ansiedad bajo un registro que los cuidadores primarios realizaban semana con semana, estableciendo una Línea Base y observando la evolución. Los datos se analizaron con la prueba estadística de Wilcoxon y el cálculo del Cambio Clínico Objetivo de Cardiel. Los resultados evidencian la efectividad del Tratamiento Cognitivo Conductual al observar disminución clínica y datos estadísticamente significativos en la sintomatología ansiosa de los pacientes, aun cuando éste estuvo en combinación con el tratamiento farmacológico indicado por el médico tratante. Por último, se señalan algunas recomendaciones y líneas de investigación que pueden ser de interés y utilidad para estudios posteriores.

Palabras clave: Ansiedad, Niños, Efectividad, Tratamiento Cognitivo Conductual.

## **Abstract**

Nowadays, Anxiety Disorders are some of the most important diagnostics according to global statistics in children and adolescents population, hence the big importance current literature refers to its prevention and opportune attention. Given these terms, this study's main purpose was to evaluate the Cognitive Behavioral Therapy effectiveness in children from eight to eleven years old with Anxiety Disorders, diagnosed and pharmacologically

treated at the Children Psychiatric Hospital “Dr. Juan N. Navarro”, located in Mexico City. A pilot study was conducted, and then ten replicated cases, through a treatment design composed of three phases: Phase I Evaluation, Phase II Cognitive Behavioral Therapy, and Phase III Follow-up; also, a pretest was applied before therapy, as well as three post-tests: at the end of therapy, one and two months after finished, using the CMASR-2 and SCAS instruments validated and standardized in Mexico. Anxiety frequency was measured through a registry caregivers followed every week, stablishing a Base Line and observing anxiety evolution. Data was analyzed with the Wilcoxon statistical test and Cardiel’s Objective Clinical Change calculation. Results show evidence of the effectiveness of the Cognitive Behavioral Therapy given the clinical reduction and significance statistically data in patients’ anxiety symptoms, even when it was combined with the pharmacological treatment indicated by the doctor in charge of it. Finally, some advises and research lines are suggested, which could be of interest and useful for subsequent studies.

Key words: Anxiety, Children, Effectiveness, Cognitive Behavioral Therapy.

## Introducción

Nuestra actual sociedad ha sufrido importantes cambios en comparación con años anteriores. Los padres de familia comúnmente hacen notar esto a sus hijos pequeños y adolescentes al comparar constantemente su comportamiento y el de ellos mismos cuando tenían su edad. Algunas comparaciones incluyen el que antes no existían los problemas emocionales y de conducta como en los niños de ahora, pues con nalgadas justo a tiempo podían corregir cualquier cantidad de conductas inadecuadas que así consideraran, lo que solían aguantar aparentemente sin ninguna consecuencia. Además, comentan que los niños acostumbraban jugar con tierra, a las canicas, a los carritos de madera, les divertía trepar árboles, mojarse bajo la lluvia, correr y atrapar a los niños de su edad, en contraposición con los juegos actuales, que comúnmente son virtuales, acordes al cambio tecnológico con el que se vive pero que en muchas ocasiones implican aislamiento y juego en solitario.

Los cambios a nivel escolar también se presentan en esta transformación social y comúnmente también es reportada por los padres de los niños y adolescentes actuales. Los preescolares asistían únicamente a jugar y practicar el quedarse solos en una escuela con compañeros de su edad y una figura de autoridad distinta a sus padres, el aprender a recortar y entrenarse en actividades con movimiento se volvía una prioridad. A diferencia de ello, actualmente en las funciones del preescolar de acuerdo con la mayoría de las instituciones educativas, es prioritario el aprendizaje de la lectoescritura y desarrollar habilidades académicas –antes enseñadas hasta nivel escolar-, lo que ciertamente genera una sociedad cada vez más competitiva por entrenar y adelantar a los niños tanto en conocimientos como en habilidades para estar a la vanguardia en una educación que se califica como más prioritaria y efectiva.

Asimismo, la sociedad también ha mostrado transformaciones en cuanto a situaciones sociales que no se vivían cotidianamente, tales como la delincuencia, los secuestros, la desaparición de personas, la falta de empleo o escasa remuneración económica, el cambio climático, los desastres naturales, por mencionar algunos. Situaciones que están influyendo de manera directa en el comportamiento de los seres humanos y que los están llevando a experimentar consecuencias a nivel afectivo, cognitivo

y físico, tales como las preocupaciones constantes, las dificultades en la concentración, las alteraciones en los hábitos de alimentación y sueño, entre otros.

Cuando los padres de los niños observan estas consecuencias en sus hijos y se dan cuenta de que presentan dificultades en su desenvolvimiento -las cuales en muchas ocasiones se convierten en problemas- se cuestionan el porqué de las diferencias en cuanto a comportamiento, si comparado con tiempos atrás esto era poco usual. Entre las conductas que les llaman la atención son, por ejemplo, el actuar como “pequeños adultos”, compararse con los niños de su edad y competir por ser los mejores, preocuparse y frustrarse de forma excesiva cuando las situaciones no salen como ellos esperan, estar nerviosos y angustiados por diferentes situaciones a las que se enfrentan día a día o generalmente estar preocupados por lo que puede sucederles tanto a ellos como a sus familiares ante la posibilidad de ser secuestrados o asaltados, o ser víctimas de un desastre natural.

Existen además otras manifestaciones que ellos notan en sus hijos, principalmente en los niños preescolares y escolares, argumentando que presentan dificultades para conciliar el sueño y descansar, dolores excesivos y recurrentes de estómago y de cabeza, gastritis y colitis nerviosas, miedos frecuentes a permanecer solos o a salir de casa, por lo que en ocasiones tienden a orinarse en la cama por las noches, les sudan las manos y comen mayor cantidad de comida y con más frecuencia de la que se esperaría. Aunado a ello, los padres han reportado desesperación porque sus hijos se preocupan por situaciones que para ellos son irreales o irrelevantes y además, manifiestan que demandan atención y cuidados en intensidad y severidad elevadas, lo que les impide realizar sus actividades cotidianas.

Ante este panorama y sintiéndose incapaces de darle solución, deciden acudir al Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en búsqueda de atención psiquiátrica y psicológica para en primera instancia, recibir una explicación de lo ocurrido y posteriormente solicitar que sus hijos sean tratados para poder corregir dichas conductas, esperando que el beneficio sea tanto para los niños como para ellos al reducir las demandas que éstos les generan.

De acuerdo con las estadísticas presentadas dentro de esta institución, estos motivos de consulta constituyen el cuarto padecimiento más frecuente en niños de entre 5 y 14 años

de edad, por lo que su atención resulta ser prioritaria. El primer contacto comienza con la realización de la historia clínica en el servicio de Admisión Continua / Urgencias, con lo cual son asignados a alguna clínica dentro del mismo hospital que se encarga de atender a los padecimientos similares, siendo generalmente para estos casos la Clínica de Emociones, en donde Paidopsiquiatras adscritos se encargan de brindar citas, de primera vez y subsecuentes, para diagnosticar y proporcionar tratamiento médico, y de considerarlo necesario, tratamiento psicológico para la atención del motivo de consulta reportado.

Con base en las manifestaciones clínicas observables y el reporte verbal del paciente y de los cuidadores primarios, se constituyen signos y síntomas correspondientes a cuadros nosológicos en la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) regida por la Organización Mundial de la Salud, por lo que estos casos son diagnosticados por el médico tratante como Trastornos de ansiedad, diferenciándose entre ellos en cuanto a clasificación y tipología.

Desde la realización de la historia clínica, el paciente comienza un tratamiento farmacológico adaptado a su situación particular, por lo que en las citas subsecuentes se monitorean efectos adversos y evolución del trastorno, esperando que al realizar algunos ajustes en éste y al alcanzar las dosis terapéuticas, pueda haber mejoría. Al pasar algunos meses, en la mayoría de los casos los Paidopsiquiatras observan una mejoría parcial de los síntomas, lo que los hace solicitar la interconsulta y hacer la referencia del caso al servicio de Psicología, principalmente a Psicoterapia Cognitivo Conductual para que se trabaje de forma paralela e interdisciplinaria en la mejora del paciente.

En esta área se trabaja principalmente con fundamentos de la segunda generación, sin embargo, en esta institución de salud mental, tal como ocurre en la mayoría de ellas, no existen protocolos de evaluación e intervención acordes a las problemáticas reportadas que puedan funcionar como guía del Psicólogo Clínico (Sawyer y Nunez, 2014). En México, se sabe que solo el 30% cuenta con ellos (Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2011).

Dada esta condición, el Psicólogo Clínico comienza el proceso de atención buscando elementos que ayuden al planteamiento del tratamiento más eficaz para mejorar el padecimiento, por lo que inicia con una entrevista inicial tanto al niño como a sus

cuidadores primarios, en donde identifica variables que están influyendo en su manifestación y mantenimiento. Luego de esto, plantea los objetivos de la intervención y comienza con el tratamiento, otorgando generalmente una sesión semanal o quincenal.

De acuerdo con la gran cantidad de casos que ingresan y con su similitud en diagnóstico, el Psicólogo se da a la tarea de planear intervenciones bajo su propia experiencia clínica, sin una guía que le permita ir dirigiendo y adaptando los objetivos en cada sesión de forma más rápida y efectiva según lo reportado en la literatura internacional y la Medicina Basada en Evidencias. Ciertamente es que las planeaciones sin una guía fundamentada generan una mayor inversión de tiempo y esfuerzo y al no contar con ejes básicos de tratamiento, su replicabilidad por otros profesionales de la salud mental resulta ser compleja.

Es así entonces como en este documento se plantea como objetivo evaluar el efecto del tratamiento Cognitivo Conductual en niños de entre 8 y 11 años de edad con trastornos de ansiedad. Como visión a futuro, se espera que este estudio sea una base para fundamentar una guía clínica que proponga ejes básicos sobre los cuales enfocar el tratamiento en trastornos de ansiedad infantil que demuestre ser efectiva para niños mexicanos.

El tema de los trastornos de ansiedad infantil es amplio y requiere ser estudiado a detalle para poder contar con mayor claridad teórica y así alcanzar el objetivo propuesto. Atendiendo a ello, en este documento se han dedicado tres capítulos para la revisión del estado del arte y otros cuatro en donde se revisa la aportación que este trabajo plantea, los cuales se describen como sigue:

Capítulo 1. Trastornos de ansiedad infantil. En donde se explican las generalidades, su definición, su clasificación de acuerdo con los principales manuales de diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-V y CIE-10), su etiología y su prevalencia según lo reportado por la literatura internacional actualizada.

Capítulo 2. Modelos psicológicos explicativos de los trastornos de ansiedad infantil. Se hace una reseña de las teorías más importantes y se describe cómo han afectado a la historia de la psicología actual.

Capítulo 3. Evaluación y tratamiento de los trastornos de ansiedad infantil. Se revisa con mayor especificidad las estrategias actuales más comunes de evaluación e intervención, haciendo particular énfasis en el tratamiento Cognitivo Conductual de segunda generación.

Capítulo 4. Método. En este apartado se describe el propósito de este estudio, la pregunta de investigación y la formulación de las hipótesis surgidas. Se explican las características de los participantes y el procedimiento bajo el cual fueron entrenados.

Capítulo 5. Resultados. Mediante gráficas, análisis de casos y descripciones tanto cualitativas como cuantitativas, se reportan los hallazgos encontrados a lo largo del trabajo para cada uno de los participantes de acuerdo con el procedimiento realizado.

Capítulo 6. Discusión. Los resultados obtenidos se contrastan con el abordaje teórico generado en los primeros capítulos, se explican las dudas surgidas y se resalta la aportación teórica arrojada por este trabajo.

Capítulo 7. Conclusiones. Se realiza un concentrado de los principales hallazgos obtenidos y se plantean algunas sugerencias para futuras investigaciones.

## Capítulo 1. Trastornos de Ansiedad Infantil

En la literatura científica, se define a la ansiedad como una emoción que se genera bajo un estímulo que el individuo interpreta como peligroso, que se caracteriza por pensamientos orientados a las preocupaciones, sentimientos de tensión y sensaciones corporales como el incremento de la presión arterial, por lo que buscará escapar activamente y protegerse de cualquier amenaza. En algunas ocasiones estas características pueden manifestarse en ausencia del estímulo desencadenante, mediante pensamientos verbales o imágenes de lo que ocurrirá en situaciones posteriores y que pueden ser reales o no (American Psychological Association [APA], 2015; APA, 2013; Beesdo, Knappe y Pine, 2009).

Algunas personas al escuchar el término ansiedad lo perciben con una connotación negativa y buscan reducirlo o quitarlo para que no esté presente en sus vidas, sin embargo, es importante destacar que ésta no es patológica en todos los casos (Beesdo et al., 2009) sino que por el contrario, todos los individuos manifiestan ansiedad como una capacidad y un estado de alerta (APA, 2010; Wilson y Lynn, 2013) que permite reaccionar y mover al ser humano para actuar conforme a sus propias percepciones y evaluaciones de las situaciones.

Ante una situación desconocida y percibida como peligrosa, la ansiedad permite actuar para luchar o escapar de la misma, de tal manera que se proteja al organismo del peligro inminente (Reynolds y Richmond, 2012; Wilson y Lynn, 2013;). Sin embargo, cuando la ansiedad aparece en una intensidad elevada, severa y persistente tal como lo reporta el individuo, se dice que ésta es de carácter desadaptativo, convirtiéndose en un criterio suficiente para sospechar de un Trastorno de ansiedad (Benjamin et al., 2010).

Reynolds y Richmond (2012) reportan que las características principales de la ansiedad patológica identificadas en niños y adolescentes de entre 6 y 19 años de edad, son las palpitations aceleradas del corazón, el aumento en la transpiración, las conductas de evitación ante situaciones percibidas como amenazantes, las dificultades al dormir, la presencia de pesadillas recurrentes o los dolores excesivos de cabeza y estómago.

Si bien es cierto que la ansiedad es un elemento común en varios de los trastornos mentales, tales como las fobias específicas, los ataques de pánico, el Trastorno de Ansiedad

Generalizada o el de Ansiedad por Separación, por mencionar algunos, difieren en que ésta es dirigida hacia situaciones disparadoras distintas, con creencias particulares asociadas y manifestaciones conductuales precisas, por lo que no en todos los individuos se manifiesta de la misma manera pues dependerá de su forma de reacción y la manera en cómo estén interpretando las situaciones disparadoras de acuerdo con su estructura cognitiva.

### **Clasificación de los Trastornos de ansiedad infantil**

De acuerdo con el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V (DSM-V) y la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10) se encuentran varias clasificaciones para este trastorno. Según el DSM-V, las condiciones mencionadas en el apartado anterior se agrupan en la categoría de los Trastornos de Ansiedad, en los cuales se incluyen aquellas características relacionadas con miedos excesivos y preocupaciones, así como distorsiones enfocadas con la conducta (APA, 2013). Cada agrupación difiere en la situación que induce miedo, ansiedad, conducta de evitación o incluso de acuerdo con los pensamientos asociados. De acuerdo con la CIE-10, los Trastornos de Ansiedad presentan características definitorias que los hacen catalogarse dentro del Eje I, dependiendo su inicio –infancia y adolescencia- y el evento hacia el cual están asociados, encontrándose dos rubros principales:

1. Trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia, catalogados como F93.

2. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, catalogados como F40 (correspondientes a los Trastornos de ansiedad fóbica), F41 (correspondientes a Otros trastornos de ansiedad) y F42 (correspondiente al Trastorno Obsesivo Compulsivo).

En la Tabla 1 se señalan de forma comparativa las categorías diagnósticas marcadas por ambos manuales de clasificación, así como sus características definitorias generales.

Tabla 1  
Cuadro comparativo de los principales Trastornos de ansiedad según el DSM-V y la CIE-10

DSM-V		CIE-10			
Trastorno	Características generales	Trastorno y código	Características generales	Trastorno y Código	Características generales
Ansiedad Social	Ansiedad intensa cuando el individuo es expuesto a la evaluación de los otros.	Trastorno de Ansiedad Social en la infancia F93.2	Ansiedad ante extraños o situaciones sociales nuevas dentro de los primeros 6 años de vida, pero en mayor intensidad.	*Fobia Social F40.1	Miedo a ser enjuiciado por otras personas con evitación de situaciones sociales.
Fobia Específica	Ansiedad o respecto a un objeto o una situación específicos.	Trastorno de Ansiedad Fóbica en la infancia F93.1	Fobias específicas en periodos evolutivos normales pero en mayor intensidad.	*Fobia Específica F40.2	Miedos intensos a situaciones específicas como animales, alturas, truenos.
Agorafobia	Miedo o ansiedad marcados por situaciones como: uso del transporte público, permanecer en espacios abiertos, cerrados o en multitudes, o salir solo de casa.	----	----	*Agorafobia con Trastorno de Pánico F40.00 y F40.01	Temor a espacios abiertos y a la presencia de multitudes, o la dificultad de poder escapar inmediatamente hacia un lugar seguro (hogar).
Trastorno de Pánico	Apariciones abruptas de miedo intenso con palpitaciones, temblor, falta de control o de “volverse loco”.	----	----	**Trastorno de Pánico F41.0	Crisis recurrentes de ansiedad grave con palpitaciones, sensación de ahogo, mareo y sentimientos de muerte.
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Excesiva ansiedad y preocupación referentes a actividades cotidianas.	----	----	**Trastorno de Ansiedad Generalizada F41.1	Ansiedad y preocupación excesivas presentadas de forma generalizada y persistente.
----	----	----	----	**Trastorno Mixto Ansioso Depresivo F41.2	Ansiedad y Depresión pero ninguno de los dos predomina por sobre del otro.
----	----	----	----	***Trastorno Obsesivo Compulsivo F42.0, F42.1 y F42.2	Actos o pensamientos repetitivos realizados como una forma de evitación del peligro. Actos de verificación como lavarse las manos una y otra vez.
Mutismo Selectivo	Miedo persistente ante situaciones sociales específicas.	----	----	----	----
----	----	Trastorno de Rivalidad entre Hermanos F93.3	Alteraciones emocionales presentadas inmediatamente después del nacimiento de un hermano.	----	----
Trastorno de Ansiedad por Separación	Ansiedad excesiva referente a la separación de las personas importantes para el individuo.	Trastorno de Ansiedad por Separación en la infancia F93.0	Temor a la separación en edades no apropiadas.	----	----

*Nota:*

En esta tabla se comparan de forma horizontal las principales categorías diagnósticas marcadas por el DSM-V y la CIE-10. Las columnas sombreadas en color gris fuerte corresponden a los trastornos de las emociones de comienzo específico en la infancia, mientras que las de color gris claro hacen referencia a los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos. Los diagnósticos marcados con un asterisco (\*) corresponden a los Trastornos de Ansiedad Fóbica, los de dos asteriscos (\*\*) a la categoría Otros Trastornos de Ansiedad, y los de tres (\*\*\*) refieren al Trastorno Obsesivo Compulsivo. Los guiones horizontales señalan que no hay categoría diagnóstica semejante para su comparación.

Las categorías propuestas por ambos manuales son muy similares entre sí en cuanto a su definición pues incluso la mayoría de ellos cuenta con un comparativo en el otro. El

TOC es considerado por la CIE-10 a diferencia del DSM-V en donde para su quinta edición se ha considerado su clasificación pero ya no como un Trastorno de ansiedad. El caso de Mutismo Selectivo, es referido por ambos manuales de diagnóstico, pero en la CIE-10 se encuentra clasificado dentro de los Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia y no como un trastorno de las emociones. El Trastorno Mixto Ansioso Depresivo propuesto por la CIE-10, no es referido como tal por el DSM-V, pues éste únicamente considera los síntomas ansiosos para la especificación de los Trastornos depresivos. El Trastorno de Rivalidad entre Hermanos únicamente es referido por la CIE-10 y no por el DSM-V.

### **Principales diagnósticos**

De acuerdo con diversos autores (Hernández-Guzmán et al., 2010; Scott, Mughelli y Deas, 2005) los diagnósticos más comunes son el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno de Ansiedad por Separación y el Trastorno de Ansiedad Social o mejor conocido como Fobia Social. Todos ellos cumplen con características definitorias distintas, a saber:

#### **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).**

El Trastorno de Ansiedad Generalizada se caracteriza por preocupaciones excesivas ante situaciones de la vida cotidiana, acompañada de miedos generalmente irreales sobre acontecimientos pasados o futuros y sobre sus consecuencias, así como sentimientos de inseguridad y poca autoeficacia para realizar actividades. Entre los síntomas fisiológicos se encuentra la presencia de cefaleas, mareos, dolores abdominales, náuseas, sensación de falta de aire y trastornos del sueño, además de un estado continuo de nerviosismo e inquietud (Mardomingo-Sanz y Gutiérrez-Casares, 2010).

Según el DSM-V (APA, 2014), estas características se manifiestan mayormente a lo largo de los días en comparación con el estado de bienestar, permaneciendo así por un mínimo de seis meses. En niños, se debe manifestar al menos uno de los siguientes criterios: Fatiga, inquietud o con los nervios de punta, dificultades para concentrarse, dificultades para dormir, irritabilidad o tensión muscular. Estos síntomas pueden ocasionar dificultades en el funcionamiento general del individuo afectando el área escolar, social o alguna otra.

### **Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS).**

Este trastorno se manifiesta mayormente en niños y adolescentes, y se caracteriza por una ansiedad intensa y excesiva del individuo principalmente cuando se separa de forma real o percibida de su hogar o de aquellas personas a las que está apegado (Hernández-Guzmán y Zermeño, 2005).

Según lo reportado por Cárdenas, Feria, Palacios y de la Peña (2010), los individuos que padecen dicho trastorno pueden manifestar ansiedad en niveles tan elevados que incluso llegan a ser incapaces de permanecer solos en casa, no querer asistir a la escuela o ir a algún otro lugar sin que su figura de apego les acompañe.

Las preocupaciones que manifiestan están relacionadas con el temor a que algo negativo les pueda ocurrir tanto a sus seres queridos como a sí mismos, tales como la muerte, asaltos, accidentes y secuestros. Como consecuencia, buscan la manera de evitarlo al quedarse con ellos todo el tiempo y los deseos intensos de no querer separarse de ellos. Por las noches, presentan constantemente pesadillas cuyo contenido continúa siendo catastrófico, el cual viven de una forma tan real que a los adultos o a otras personas alrededor de ellos les cuesta trabajo entender. Se asocian a estos síntomas aquellos relacionados con dolores frecuentes de cabeza, de estómago, náuseas y vómito, palpitaciones, vértigo y sensaciones de desmayo (Hernández-Guzmán y Zermeño, 2005).

El diagnóstico es señalado cuando la ansiedad tiende a ser mayor que la esperada para su desarrollo normo-evolutivo esperado de acuerdo a la edad cronológica (mayor de 6 años), y ha permanecido por al menos cuatro semanas (APA, 2014; Hernández-Guzmán y Zermeño, 2005).

### **Trastorno de Ansiedad Social o Fobia social (FS).**

Este padecimiento se define como un miedo intenso que surge ante situaciones en las que el individuo se expone socialmente, por lo que tiene miedo a hacer el ridículo, a ser observado y a comportarse de una manera que resulte humillante (Olivares, 2009). Puede manifestarse al iniciar o mantener una conversación, reunirse con personas extrañas, actuar en público, etcétera, arrojando como resultado la manifestación de rabieta, llanto, el quedarse paralizado, encogerse, entre otros (APA, 2013).

Cada vez es más frecuente en los niños que estos síntomas se expresen ante tareas académicas como los exámenes, lo cual según Reynolds y Richmond (2012), corresponde a la llamada ansiedad ante el desempeño. Si bien dentro del DSM-V o la CIE-10 no está catalogada como tal, se considera como una manifestación de la Fobia social presentada mediante el temor a equivocarse, a la evaluación y juicio del otro, a obtener una mala nota o a ser desaprobado por los demás.

La ansiedad ante el desempeño puede dirigirse hacia dos vertientes: Motivarse e intentar superarse a sí mismos, considerando la situación como un reto adaptativo y funcional; o bien, paralizarse, bloquearse cognitivamente e intentar escapar o evitar cualquier tipo de situación similar (Reynolds y Richmond, 2012). Esta reacción dependerá del papel que esté jugando la ansiedad en este tipo de casos, pues en aquellos que se motivan por la obtención de resultados positivos, persistirán en la tarea aun cuando se enfrenten moderadamente a resultados contrarios a los esperados; mientras que en aquellos que lo hacen por la evitación del fracaso, sentirán desánimo cuando así suceda y únicamente se motivarán en la medida en que obtengan resultados positivos, pues lo contrario generará una afectación emocional importante (Castejón, Navas, Miñano y Soriano, 2010).

La manifestación de estos síntomas es cada vez más común dada la competencia social en la cual los individuos se desenvuelven actualmente, en donde el colocarse en universidades prestigias, la obtención de becas y de un trabajo remunerado en un futuro, se han vuelto prioritarias pues se tiene la creencia de que al lograrlo se es más exitoso, con lo cual se sobrevalora el éxito y se considera que el no conseguir resultados socialmente aceptados es sinónimo de fracaso (Gutiérrez-García y Méndez-Sánchez, 2015).

## **Etiología**

Existen diferentes modelos explicativos que dan cuenta de los factores necesarios, suficientes, contribuyentes y desencadenantes en la sintomatología ansiosa, que al asociarse y combinarse aumentan las probabilidades de que los Trastornos de ansiedad se presenten en el individuo. Algunos de ellos aluden a elementos biológicos, otros lo hacen en términos sociales y otros más enfatizan los de carácter psicológico. En la Figura 1 se representa la

organización de dichos factores de acuerdo con la manera en como influyen en la aparición de los Trastornos de ansiedad.

Figura 1

Clasificación de factores asociados a los Trastornos de ansiedad infantil

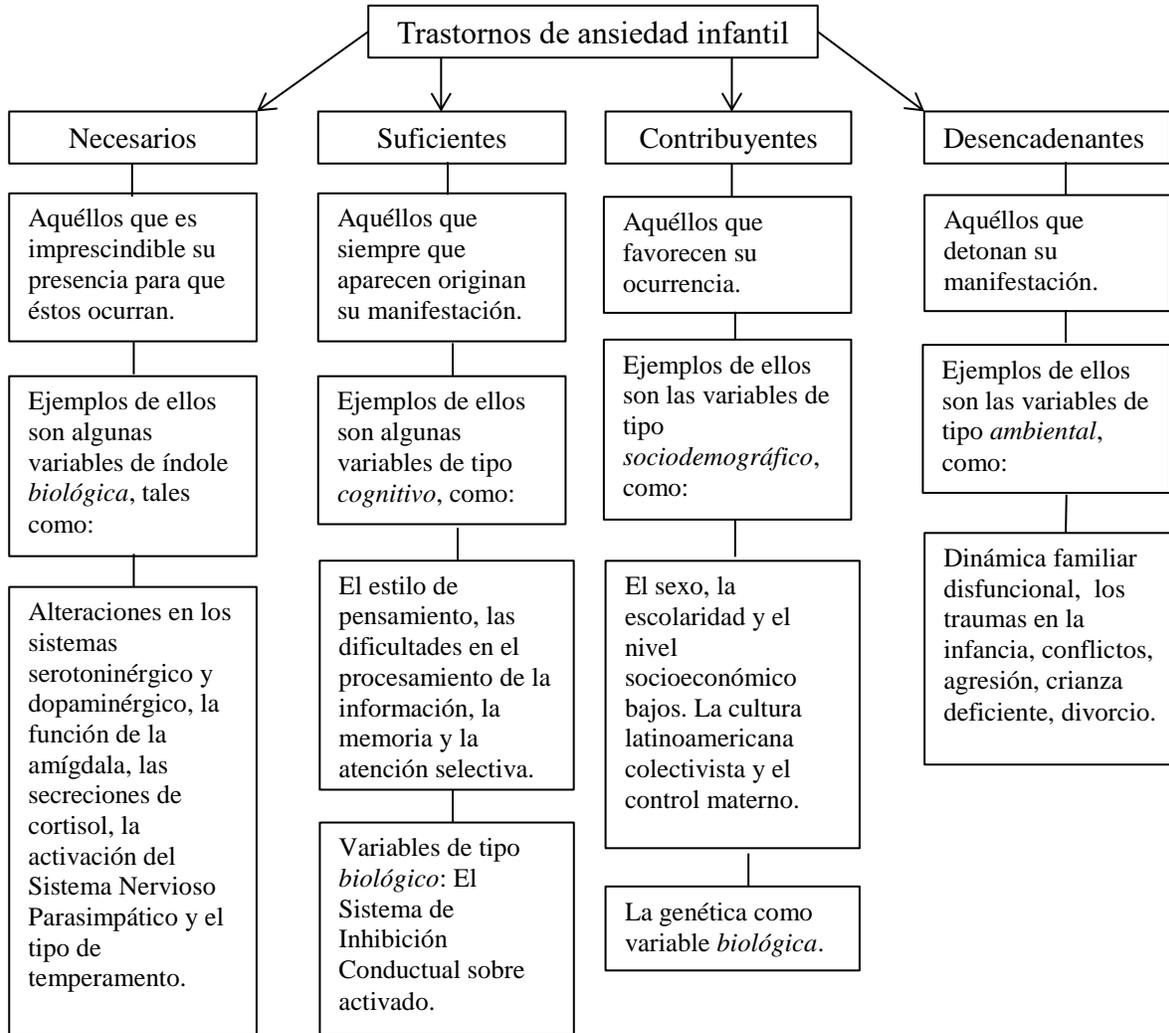


Figura 1: F. = Factores. En esta figura se clasifican las variables asociadas a la aparición de los Trastornos de ansiedad infantil según su función y se mencionan algunos ejemplos de ellas.

### Factores necesarios.

Dentro de este rubro se hace énfasis principalmente a aquellos relacionados con las variables de tipo biológico, en donde se recurre a distintas explicaciones que aluden a la falla en el funcionamiento de varios sistemas. Ejemplo de ello es la desregulación del sistema serotoninérgico, bajo el cual se ha estudiado ampliamente el polimorfismo transportador de la serotonina (5-HTTLPR) que se sabe influye en la aparición de la

sintomatología ansiosa, por lo que los inhibidores de la recaptación de la serotonina resultan ser efectivos para su tratamiento (Gregory y Eley, 2011).

El sistema dopaminérgico también se ve involucrado, especialmente el receptor dopaminérgico DRD4, el cual se ha demostrado que funciona como mecanismo regulatorio del Trastorno Obsesivo Compulsivo (Millet et al., 2003). Además, se ha visto también la influencia del sistema gama-aminobutírico (GABA), en donde se ha reportado que un número de polimorfismos en el gen GAD1 contribuyen al riesgo de padecer Trastornos de ansiedad y otros trastornos afectivos (Hettema et al., 2006; Weems y Silverman, 2013).

Pese a ello, es importante destacar que los genes no actúan directamente en la conducta de los individuos, sino que afectan estructuras cerebrales y procesos regulatorios, como por ejemplo los receptores de neurotransmisores (Weems y Silverman, 2013). Además, las posibilidades de padecer este tipo de trastornos se incrementan durante la adolescencia o adultez joven (Bergen, Gardner y Kendler, 2007), especialmente cuando el individuo se desenvuelve en un ambiente negativo y disfuncional (Belsky y Beaver, 2011).

Dentro de las estructuras del sistema nervioso central, la amígdala ha recibido atención significativa en los Trastornos de ansiedad, la cual es una estructura cerebral que ayuda a evaluar el significado emocional después de recibir un estímulo desde la corteza cerebral, el hipocampo y el tálamo, respondiendo a los estímulos potencialmente peligrosos y estimulando químicamente al organismo para que reaccione de inmediato (Kolb y Whishaw, 2003).

Asimismo, se ha demostrado la importancia del sistema hipotalámico-pituitario-adrenal, que generalmente se activa seguido de lucha o huida en respuesta al estrés y al miedo, acompañada de secreciones de cortisol, definida como una hormona segregada por la corteza adrenal ante situaciones de estrés que ayuda a regular las respuestas conductuales y emocionales respondiendo a través de un circuito de retroalimentación a la glándula pituitaria y al hipotálamo. Las secreciones de cortisol pueden ser favorecedoras para proteger a los individuos del peligro, pero cuando éstos se exponen a secreciones prolongadas, se pueden generar problemas relacionados con la ansiedad (Chapman, 2007; Weems y Silverman, 2013).

Dentro del sistema nervioso periférico, también existen importantes investigaciones que sugieren que los jóvenes con Trastornos de ansiedad presentan excesiva actividad del sistema nervioso simpático, expresado por un incremento en el ritmo cardiaco, presión arterial y la respuesta electrodérmica, así como inhibición conductual asociada a los elevados ritmos cardiacos (Carrión et al., 2002).

Por otra parte, pero aún dentro del rubro de los factores necesarios, se ha encontrado que el temperamento es una variable que también está jugando un papel importante en el surgimiento de los Trastornos de ansiedad (Beesdo et al., 2009; Gutiérrez-Maldonado, 2010).

Este constructo se define como la base biológica sobre la cual está constituida la personalidad de cada ser humano, conformado por estructuras cerebrales, sustratos neuroquímicos y neurobiológicos que le permiten reaccionar de cierta forma ante estímulos del ambiente y es más o menos estable a lo largo del desarrollo (Magallón-Neri, Canalda y de la Fuente, 2014). Eysenck (1947), define dos tipos de temperamento: Neuroticismo y extroversión. El primero hace referencia al cerebro visceral o sistema límbico, en donde se encuentran umbrales bajos de excitación de las estructuras del tálamo, corteza cerebral y formación reticular, por lo que este sistema se activa con menores intensidades de estimulación. A diferencia de ello, el segundo se caracteriza por umbrales más elevados, por lo que para su activación requiere de intensidades más altas y por tanto, la tolerancia a estímulos dolorosos es mayor (Eysenck, 1947).

En estudios recientes realizados con gemelos, se han encontrado frecuentes asociaciones entre el primer tipo de temperamento y la probabilidad de desarrollar trastornos internalizados, tales como ansiedad y depresión, cuyas manifestaciones se relacionan con la activación del sistema nervioso autónomo ante un estímulo por los bajos niveles de excitación (Beesdo et al., 2009; Hettema, Neale, Myers, Prescott y Kendler, 2006). Thomas, Chess, Birch, Hertzog y Korn (1963, citado en Zentner y Bates, 2008), han llamado a este tipo de temperamento *difícil*, de acuerdo a la manera en cómo el individuo reacciona ante los estímulos.

### **Factores suficientes.**

Este tipo de factores están relacionados principalmente con las variables de tipo cognitivo, los cuales refieren al estilo de pensamiento y el procesamiento de la información, que al estar alteradas y combinarse con otras tantas generan como resultado un Trastorno de ansiedad.

Vasey, Dagleish y Silverman (2003), han realizado un estudio sobre el estado del arte respecto a los factores asociados en el procesamiento de la información que inciden en la aparición de la psicopatología de niños y adolescentes, y su mantenimiento. Detectaron que la codificación de la información, su interpretación y la memoria son significativas para la etiología y el mantenimiento de los Trastornos de ansiedad. Asimismo, se ha encontrado que la atención selectiva, el juicio, la interpretación y la memoria también lo son, pues las bases atencionales pueden fomentar la codificación selectiva de información recabada de eventos amenazantes o peligrosas dentro de la memoria, lográndola mantener ahí por más tiempo a diferencia de información obtenida por eventos neutrales (Weems y Watts, 2005).

En cuanto a la interpretación, se ha reportado que niños ansiosos y opositoristas desafiantes tienden a percibir situaciones ambiguas como amenazantes, logrando actuar en concordancia con ello: los primeros evitando la situación principalmente y los segundos, reaccionando en forma agresiva. Los individuos ansiosos tienden a mostrarse hipervigilantes ante los estímulos ambientales, atendiendo a un solo elemento que les parece peligroso y obteniendo conclusiones y generalizando sus hallazgos para actuar y protegerse de él. Ejemplo de ello es cuando se les presenta el estímulo perro, ante lo que el niño ansioso tenderá a obtener inmediatamente la conclusión de que se encuentra en peligro y escapará de la situación, sin haber notado previamente las características físicas del animal y la manera en la que se comporta, probablemente haciéndolo de una forma amigable y con aspecto físico inofensivo (Hadwin y Field, 2010). Beck (1979; 1985/2014) refiere que los pensamientos de los individuos ansiosos generalmente son ilógicos y su objetividad es limitada, lo que hace que el sujeto los crea concienzudamente aun cuando su base en la realidad es mínima.

Con lo anterior, se evidencia que al igual que las variables genéticas, los elementos cognitivos pueden exacerbar la presencia de las reacciones psicológicas y fisiológicas en la

manifestación de ansiedad, lo cual supone la integración del resto de los factores de riesgo en un modelo que puede explicar las diversas causas de su aparición.

Como un factor suficiente que también se encuentra dentro de los Trastornos de ansiedad, se encuentra el de tipo biológico que alude al Sistema de Inhibición Conductual (BIS por sus siglas en inglés), el cual comprende el sistema septohipocampal, incluyendo la amígdala, las proyecciones neuroadrenérgicas del locus cerúleo y las proyecciones serotoninérgicas del rafo medio cerebral (Grey y McNaughton, 2000). Cuando el individuo se encuentra bajo condiciones de amenaza percibida, este sistema se activa ayudando a evitar su exposición ante el castigo o el peligro; pero cuando se encuentra una sobreactivación de éste, se manifiestan miedos excesivos, sobreexcitación y emociones negativas (Weems y Silverman, 2013).

### **Factores contribuyentes.**

Al estudiar los trastornos mentales bajo el punto de vista psiquiátrico, se ha hecho énfasis en la influencia predominante de la genética como un factor contribuyente para su desarrollo, al comparar hijos de padres adoptivos, hijos de padres biológicos y gemelos, y detectando que cuando los padres biológicos padecen de algún trastorno mental, las probabilidades de que su descendencia también lo padezca son considerablemente mayores (Zhang, 2011), lo que indica que esta variable ha sido uno de los principales contribuyentes en la sintomatología ansiosa infantil y adolescente.

Además, dentro de este tipo de factores se alude también a las variables de tipo sociodemográfico que refieren a las características que componen a una población determinada. Se ha detectado que la presencia de algunas de ellas puede contribuir a que los niños y adolescentes presenten cualquier Trastorno de ansiedad. Entre ellos se encuentran el sexo, la escolaridad o el nivel socioeconómico, por mencionar algunos. Según Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler y Angold (2003), al realizar un estudio longitudinal de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, detectaron que las niñas son más vulnerables para padecer cualquier tipo de trastorno en comparación con los niños, manteniéndose éste a lo largo de la vida o incluso aumentando las posibilidades de adquirir uno nuevo.

Asimismo, algunos otros estudios recientes han evidenciado que niños y adolescentes, así como sus madres o cuidadores principales, con pocos años de escolaridad, tienden a presentar mayores niveles de ansiedad y otros trastornos psiquiátricos, lo cual es asociado a las dificultades para la obtención de conocimientos conforme al rápido desarrollo social y tecnológico, además de la baja satisfacción hacia los logros personales (Jin et al., 2014; Ries, Nakamura y Kessler, 2009).

Además, se ha manifestado consistentemente la influencia de la situación económica y financiera por la que las familias atraviesan, generando síntomas ansiosos y preocupaciones constantes tanto en padres o cuidadores principales y por supuesto en los niños o adolescentes (Ries et al., 2009) al respecto de la alimentación, la vestimenta, los gastos del hogar, etcétera.

También se ha hecho énfasis en el efecto de los factores socioculturales, en donde se reporta que los niños mexicanos y latinoamericanos presentan una mayor prevalencia de los Trastornos de ansiedad por sobre los europeos, lo cual es atribuido a un mayor control materno y a una menor aceptación paterna (Varela, Sánchez-Sosa, Biggs y Luis, 2009). Además, el colectivismo, la interdependencia, la inhibición social, el autocontrol y la subordinación, características de la cultura latinoamericana, son asociadas al padecimiento de los trastornos internalizados (Weems y Silverman, 2013).

### **Factores desencadenantes.**

Conforme el avance de los hallazgos científicos, se ha sabido que ni las variables sociodemográficas ni las de tipo biológico por sí mismas serían las únicas que provocarían la sintomatología, sino que solo generarán una influencia que se verá manifestada de acuerdo con el tipo de ambiente en el que se desarrolla el individuo (Repetti, Taylor y Seeman, 2002; Sharma, Powers, Bradley y Ressler, 2015). Así, los factores desencadenantes generalmente son referidos a variables de tipo ambiental, en donde las relaciones interpersonales y las condiciones psicológicas pueden provocar la aparición de los Trastornos de ansiedad.

De acuerdo con Sharma et al. (2015), se hace una notable contribución respecto a los Trastornos de ansiedad, estrés y depresión basada en la interacción entre genes y ambiente. Se dice que dentro del ambiente, elementos tales como una vida estresante

significativa y la exposición a traumas en la infancia son factores de riesgo bien establecidos para el desarrollo de trastornos mentales, abuso de sustancias, suicidio, hospitalización psiquiátrica, entre otros.

Según algunos otros autores (Beesdo et al., 2009; Repetti et al., 2002), se ha detectado que en aquellas familias que presentan características particulares tales como conflictos, agresión, crianza deficiente, relaciones familiares frías, negligencia y separación de ambos padres, existe un déficit emocional en los niños por un ambiente permisivo y la deficiencia en la contención emocional, lo que contribuye a la aparición de trastornos de tipo afectivo.

La literatura reporta como principal factor ambiental desencadenante al estilo parental en el que los niños se desenvuelven, en donde se ha encontrado una alta relación entre padres, madres o cuidadores ansiosos con niños que desarrollan también esta sintomatología (Weems y Silverman, 2013; Wilson y Lynn, 2013). Se dice que el ser ansioso puede ocurrir como una larga tradición familiar, pues los padres adoptaron también este estilo de sus progenitores y demás familiares o personas cercanas con quienes convivían la mayor parte del tiempo (Wilson y Lynn, 2013), y mientras esta sintomatología permanezca, continuará perdurando a través de las generaciones.

El control que ejercen los padres sobre sus hijos es un elemento del estilo parental que ha recibido principal énfasis, el cual es asociado a la sobreprotección y a la evitación de emociones negativas en los niños por la creencia de que algo malo les pueda ocurrir, por lo que los síntomas ansiosos comienzan a desencadenarse (Varela et al., 2009; Weems y Silverman, 2013; Woodruff-Borden, Morrow, Bourland y Cambron, 2002).

Otro factor es la calidad del apego que se construye entre la diada madre-hijo y/o cuidador-niño, el cual se define según John Bowlby (1969/1998) como un tipo de conducta social que cumple con una función biológica y que incluye diversos tipos de sistemas conductuales como resultado de la interacción del niño con su ambiente o con su figura principal, que comúnmente es la madre.

Ante la exploración del entorno por parte del niño, la madre influencia su regulación emocional mediante significados, por lo que cuando ésta presenta síntomas ansiosos, busca controlar la conducta de su hijo y es sobreprotectora, transmite emociones negativas y

mensajes de peligro respecto a las situaciones a las que se enfrente, mismas que el niño irá adoptando e integrando a su estructura cognitiva. A este proceso se le denomina la adquisición de un estilo de apego ansioso/resistente o ambivalente (Braungart, Garwood, Powers y Wang, 2001; Sroufe, 1995/2000), el cual se verá manifiesto en la forma de reaccionar del niño ante las situaciones diarias.

### **Prevalencia de los Trastornos de ansiedad infantil**

El grado de incidencia al respecto de los Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes cobra importancia cuando se revisan las estadísticas actuales según los datos internacionales, en donde se refiere que el 13.4% de niños y adolescentes en el mundo presentan trastornos mentales, siendo el 6.5% aquellos catalogados como cualquier Trastorno de ansiedad y cuya prevalencia constituye el primer lugar en esta población (Polanczyk, Salum, Sugaya, Caye y Rohde, 2015). Según Keeton, Kolos y Walkup (2009), más del 10% de niños y adolescentes presentan Trastorno de Ansiedad Generalizada, con una media de 8.5 años de edad y siendo más común en las niñas que en los niños.

Durante la adultez la prevalencia de dichos trastornos también es considerable, pues se ha reportado que el 28.6% de la población de entre 18 y 65 años de edad ha presentado algún trastorno mental a lo largo de su vida, siendo el 14.3% correspondiente a Trastornos de ansiedad, el cual fue el trastorno más frecuente según la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (Medina-Mora et al., 2003). Los Trastornos de ansiedad durante la adultez tienen un inicio temprano durante los dos periodos de vida previos, lo que los hace un importante foco de atención para la prevención y tratamiento oportunos que impidan su transcurso a etapas posteriores de la vida (World Health Organization [WHO], 2004).

En México, de acuerdo con las estadísticas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (2014), durante el año 2014, 103 niños de entre 5 y 14 años de edad, fueron atendidos con un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, constituyéndose la cuarta causa de consulta externa después de los Trastornos no especificados, las Perturbaciones de la actividad y la atención y los Episodios depresivos moderados.

## **Comorbilidad de los Trastornos de ansiedad infantil**

Comúnmente los Trastornos de ansiedad no suelen manifestarse en aislado, sino que por el contrario existen algunos otros trastornos que pueden acompañarlos y cuyas características se presentan en paralelo. Según Cárdenas et al. (2010), de 100 personas que tengan un diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, más del 50% tendrán un diagnóstico comórbido.

Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill (2001), detectaron que los principales trastornos que presentan comorbilidad psiquiátrica son los Trastornos del estado de ánimo (Depresión, principalmente), el Trastorno por Estrés Postraumático, el Trastorno de Ansiedad Generalizada, el Trastorno Obsesivo Compulsivo y la Fobia Social. De forma más específica, se ha sugerido una correlación significativa entre Agorafobia con Trastorno de Pánico, Fobia Específica con Fobia Social acompañada de Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada con Fobia Social, Trastorno de Ansiedad por Separación con Trastorno de Estrés Postraumático, y Depresión mayor con Trastorno de Ansiedad Generalizada (Beesdo et al., 2009; Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005).

Axelson y Birmaher (2001) encontraron que entre un 10 y 15% de los niños y adolescentes con Trastornos de ansiedad presentan una fuerte comorbilidad con Trastornos depresivos, lo cual es explicado probablemente porque ambos padecimientos comparten una tendencia hacia el procesamiento negativo de la información, además de la influencia de los factores genéticos que también resultan ser similares. En otro estudio realizado por Avenevoli, Stolar, Li, Dierker y Ries (2001) se identificó que la comorbilidad entre ambos padecimientos es mayor, mostrándose entre un 30 y un 60% de los casos.

Por último, también se reporta comorbilidad entre los Trastornos de ansiedad y los Trastornos de conducta, tales como el Trastorno Opositor Desafiante (TOD) y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), con un índice de probabilidad de ocurrencia de 3.1 y 3.0 respectivamente (Angold, Costello y Erkanli, 1999; Gümüş, Çakin Memik, Ağaoğlu, 2015; Martínez-Ortiz, Fernández, Navarro y Martínez-Martínez, *s. f.*).

Con base en lo hasta el momento expuesto, es posible identificar que la ansiedad es un padecimiento de gran relevancia en el tema de la salud mental infantil y adolescente,

cuyas implicaciones en primera instancia corresponden al deterioro en el funcionamiento físico y psicológico del individuo, y posteriormente, al irse asociando a otros trastornos comórbidos, el pronóstico se complica a lo largo de la vida del paciente. Por esta razón y al observar que las cifras van en incremento, es conveniente que el estudio de la ansiedad en estas etapas del desarrollo se convierta en una prioridad.

## **Capítulo 2. Modelos Psicológicos Explicativos de los Trastornos de Ansiedad Infantil**

Los Trastornos de ansiedad son resultado de una gran variedad de factores que influyen de manera distinta en su aparición, ya sea de forma necesaria, suficiente, contribuyente o desencadenante, los cuales se relacionan con las variables sociodemográficas, pasando por los de orden genético, hasta los de tipo cognitivo y de aprendizaje. Para los fines de este trabajo se plantea la necesidad de revisar a detalle aquellos relacionados con lo psicológico, los cuales se sabe influyen de manera importante en la adquisición de este tipo de padecimientos.

Históricamente, el estudio de diversos fenómenos psicológicos ha evolucionado desde abordajes introspectivos, pasando por conductistas y posteriormente cognitivo conductuales o teórico mediacionales, quienes consideraban que los anteriores no tomaban en cuenta algunas variables que intervenían en el modelo estímulo–respuesta y que provocaban la aparición de dichas manifestaciones.

Así, diversos autores han propuesto diferentes modelos explicativos que aluden a la aparición de la sintomatología ansiosa; entre ellos se destacan: I. P. Pavlov y el condicionamiento clásico, J. B. Watson y el conductismo metodológico, y B. F. Skinner con el condicionamiento operante, todos ellos dentro de la perspectiva conductista. En la transición hacia modelos más cognitivos, se encuentran: A. Bandura y el aprendizaje social, y R. Lazarus y S. Folkman con el modelo de estrés y afrontamiento. Por último, A. T. Beck con el surgimiento propiamente del modelo cognitivo y A. Ellis con la Terapia Racional Emotivo-Conductual.

### **Antecedentes explicativos de la ansiedad infantil**

Dentro del desarrollo histórico de la Psicología, se encuentran algunos autores que han marcado una orientación importante en contraposición a las fuertes teorías psicoanalíticas explicativas del comportamiento humano en aquella época, proponiendo entonces la Psicología conductista. Ésta es definida como una ciencia natural basada primordialmente en la fisiología para así lograr el entendimiento de lo que el organismo hace a lo largo de su vida (Watson, 1947/1976). I. P. Pavlov, J. B. Watson y B. F. Skinner fueron algunos de los precursores de esta tendencia en Psicología.

I. P. Pavlov (1849-1936), un científico ruso del siglo pasado, comenzó con el estudio sistemático del funcionamiento reflejo de los organismos vivos, interesándose primeramente en entender la actividad de ambos hemisferios cerebrales y de las glándulas digestivas asociadas al fenómeno de la secreción salival (Pavlov, 1929/1997).

Pavlov (1929/1997), inspirándose en la filosofía de René Descartes, concibió a las respuestas reflejas como una reacción necesaria que surge ante algún estímulo externo ambiental, y cuya vinculación está dada gracias a rutas y estructuras originadas en el sistema nervioso. Destacó que algunos reflejos son de origen innato, los cuales tienden a presentarse de manera automática e inmediata ante la presencia del estímulo sin necesidad de un aprendizaje previo, y cuya función principal es mantener la integridad del organismo en el medio ambiente en el que se desenvuelve para prolongar su existencia.

Sin embargo, identificó que no todos los reflejos pueden ser de esta naturaleza, lo cual lo demostró mediante su ya conocido experimento para producir salivación en un perro. En éste, midió la producción de gotas de saliva (a la que llamó Respuesta Incondicionada – RI) en un perro al presentarle un estímulo que sabía naturalmente iba a producir este reflejo innato: la comida (Estímulo Incondicionado – EI). Posteriormente, asoció en repetidas ocasiones este estímulo a una señal distinta, eligiendo el sonido de una campana (Estímulo Neutro – EN), mientras tanto, continuaba midiendo las gotas de saliva producidas por el animal. Luego de varias asociaciones, retiró la presencia de la comida y únicamente realizó la medición de la salivación ante la presencia del sonido, concluyendo que la respuesta producida era la misma que cuando se presentaba la comida en aislado. Al Estímulo Neutro (sonido) y a la salivación que provocaba, los llamó Estímulo Condicionado – EC y Respuesta Condicionada – RC, respectivamente (Pavlov, 1929/1997; Berger, 2006). Este procedimiento conocido como Condicionamiento Clásico, se señala de manera gráfica en la Figura 2.

La principal aportación de este autor fue explicar la manera en la que actúan diferentes estímulos para la producción de ciertas respuestas reflejas en el organismo, añadiendo que no todas son de naturaleza innata, sino que algunas pueden ser aprendidas con base en asociaciones repetidas e inmediatas al estímulo incondicionado.

Figura 2  
*Condicionamiento clásico según I. P. Pavlov*

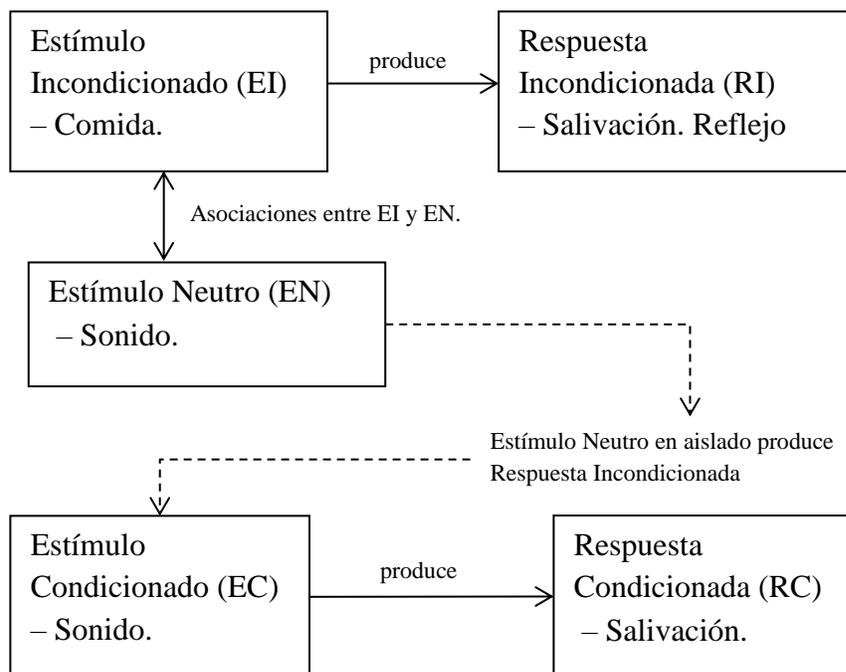


Figura 2: En esta figura se describe de forma gráfica la relación entre estímulo-respuesta referente a la parte orgánica (refleja) y a la parte del aprendizaje (condicionada).

Con ello sentó las bases de procedimientos que hoy en día se continúan usando para la explicación, entendimiento y modificación de la conducta humana relacionada con los reflejos.

Por otra parte, J. B. Watson (1878-1958), un destacado teórico estadounidense de gran valor para la Psicología, comenzó a cuestionarse casi en paralelo a los estudios de Pavlov, acerca de la viabilidad en el estudio de los procesos intrapsíquicos de los seres humanos. Pensaba que éstos se caracterizaban por tener poca objetividad por lo que su aproximación era de gran dificultad. Watson no negó su presencia, únicamente consideró complejo su alcance para poder establecer mediciones de su ocurrencia y manifestación, buscando que su estudio fuera sistemático y replicable para la constatación y observación compartida, por lo que se concibió en contra de los estudios basados en la conciencia y en la introspección, los cuales eran muy comunes en aquella época (Brennan, 1999; Ribes, 1995).

Se interesó en el entendimiento de la conducta humana tomando como base el comportamiento animal y la propuesta teórica de Pavlov al respecto de los reflejos, considerándola como un método adecuado para el acercamiento a los fenómenos. Coincidió en que algunos comportamientos se manifiestan gracias a la mera aparición de los reflejos, pero pensaba que algunos otros podían ser aprendidos, como los hábitos (Ribes, 1995), en donde el contexto social juega un papel de gran importancia para el desenvolvimiento de los sujetos (Watson, 1916, citado en Ribes, 1995).

La principal aportación de Watson fue dar inicio al estudio de las fobias en los niños, pues en sus primeros estudios de laboratorio observó que algunos objetos externos y ambientales, tales como la obscuridad, los animales reales o mecánicos de juguete, provocaban reacciones de miedo en los niños de 3 años de edad (Watson, 1947/1976).

A partir de ello y con el surgimiento de algunas dudas, comenzó con el experimento del pequeño Albert de 11 meses y 3 días de edad, a quien realizó un condicionamiento de la reacción del miedo hacia una rata blanca. En éste, presentó el animal durante varias semanas y al observar que no causaba miedo al infante, decidió asociarlo con el sonido de una barra de acero golpeada contra un martillo; luego de varios intentos, al presentar únicamente la rata en ausencia del sonido, el niño comenzaba a llorar e intentaba alejarse del animal. Tras algunos experimentos Watson observó el fenómeno de *propagación* o *transferencia*, en donde estímulos similares al inicial tendían a provocar la misma reacción, incluso sin haberlos asociado con el sonido fuerte y aversivo. Concluyó entonces que las respuestas emocionales también pueden ser condicionadas y aprendidas, con lo cual también pudo explicar la compleja conducta emocional en los adultos (Watson y Rayner, 1920).

Sus hallazgos también tuvieron un impacto fuerte en el planteamiento de posibles formas de intervención en las fobias, en donde pensaba que al ser adquiridos de forma aprendida también podían ser desaprendidos mediante diferentes métodos, uno de ellos fue el contracondicionamiento –referente a la asociación de un estímulo que provoca una respuesta negativa con otro que provoca una respuesta positiva, por ejemplo la comida (Jones, 1924; Watson, 1947/1976).

Por otra parte, B. F. Skinner (1904-1990), fue un teórico estadounidense de gran influencia en la Psicología, cuyos trabajos fueron basados por supuesto en las aportaciones previas que teóricos anteriores habían realizado. Skinner se interesó en estudiar por qué los organismos se comportan como lo hacen y cuáles son las leyes que rigen la aparición y mantenimiento de su conducta (Rodríguez y Párraga, 1991).

Pensaba que los conceptos mentalistas ya utilizados en ese tiempo, tales como las emociones o el sentir hambre, tenían una base neurológica y fisiológica, sustentada en procesos físicos cerebrales y cuyo acceso de estudio constituía una dificultad práctica para predecir la conducta con solo observar los sentimientos o el sistema nervioso. Coincidente con las aportaciones de Watson, Skinner también buscó facilitar el estudio de los fenómenos con base en una rigurosidad científica, pero enfatizó en la observación de la conducta no refleja de los humanos y ya no tanto de los animales (Skinner, 1974a).

Los primeros estudios de Skinner fueron realizados con palomas, a quienes se les privaba de alimento y únicamente les era proporcionado cuando realizaban alguna conducta de búsqueda de comida, como mover la cabeza, estirar el cuello o picotear. Después de varias asociaciones, dichas conductas se vieron reforzadas al observarse un incremento en su frecuencia (Skinner, 1953/2014).

Para lograr que las palomas presionaran la palanca como forma de obtener comida, Skinner comenzaba otorgándoselas cada vez que realizaban un comportamiento aproximado a éste, por ejemplo, acercarse a la palanca o mover el cuello. Así, mediante pequeños acercamientos conductuales a la conducta meta -aproximaciones sucesivas- se les iba otorgando comida como forma de reforzarlas hasta que lo lograran por completo. A este procedimiento Skinner lo llamó *moldeamiento* (Holland y Skinner, 1980).

Fue entonces como Skinner se dio cuenta de la importancia del ambiente para la elicitación de las conductas, pues al observar y manipular los estímulos generados antes, durante y después, se modificarán las probabilidades de su ocurrencia en el futuro (1974b). Así, la conducta es considerada como una operación, instrumento o intervención, que provocará un cambio en el ambiente en términos de consecuencias, las cuales generarán que después se manifieste de forma distinta. A este procedimiento Skinner lo llamó *condicionamiento operante*, el cual cuenta con principios básicos de manejo de conducta

que aún son vigentes para incrementar o decrementar conductas (Skinner, 1953/2014; Skinner, 1974b).

Conceptos tales como reforzadores y castigos son bien conocidos por este modelo, diferenciándose entre sí por el efecto que tendrán en la conducta, y cada uno de ellos dividiéndose entonces en *positivos* y *negativos* (Ribes, 1974/2013).

El adjetivo *positivo* alude a proporcionar un estímulo extra como consecuente a la conducta en cuestión. En el caso del *reforzamiento positivo* éste corresponderá a un premio o recompensa agradable que provocará que la conducta aumente la probabilidad de su ocurrencia; por ejemplo, el elogio. En el caso del *castigo positivo* se hace referencia a administrar un estímulo negativo o aversivo que genere que la probabilidad de ocurrencia se vea disminuida; por ejemplo, un regaño (Ribes, 1974/2013).

El adjetivo *negativo* corresponde a la retirada de estímulos como consecuentes a la conducta blanco. En el caso del *reforzamiento negativo*, se retira un estímulo punitivo o aversivo como una forma de recompensa y que provocará que la conducta continúe presentándose a través del tiempo; por ejemplo, no lavar los trastes por haber obtenido una buena nota. En el caso del *castigo negativo*, se retira un estímulo agradable para el individuo como consecuencia a su conducta cuyo objetivo será disminuir su probabilidad de ocurrencia; por ejemplo, no ver la televisión por haber obtenido una mala nota (Ribes, 1974/2013).

En lo que respecta a la sintomatología ansiosa, Skinner consideró que dicha respuesta emocional viene dada por la presencia de un estímulo negativo o aversivo en una situación determinada, lo que generará una respuesta biológica común de escape o huida. Posteriormente, cuando se presenta un estímulo similar o igual al anterior, la respuesta emocional volverá a suscitarse y la conducta de evitación también se manifestará. Ejemplo de ello es cuando alguna persona fue víctima de un asalto en el autobús, momento en donde, asociado a dar todas sus pertenencias, experimentará una reacción emocional de miedo o ansiedad y ganas de correr o escapar de la situación. En lo posterior, no querrá subirse nuevamente al mismo autobús o incluso a ninguno, dado que la simple presencia de verlos generará dicha respuesta ansiosa (Skinner, 1953/2014).

De esta manera, la conducta de evitación puede generarse por dos razones principales: la primera, el hecho de no quererse enfrentar nuevamente al estímulo similar por ser aversivo, o la segunda, porque el simple hecho de sentir ansiedad también puede resultar punitivo y se busca evitar la situación disparadora por no querer sentir dicha emoción (Skinner, 1953/2014).

### **La transición hacia modelos mediacionales**

Alrededor de 1960, se realizó la llamada revolución cognitiva en donde la perspectiva conductista iba perdiendo peso ante el surgimiento de teorías del aprendizaje bajo un enfoque constructivista y de índole cognitivo, con énfasis en el procesamiento de la información. Uno de los iniciadores de este movimiento fue A. Bandura (1925 - ), un psicólogo canadiense de la Universidad de Stanford que se centró en algunos otros factores que a su parecer todavía no habían sido considerados por otros autores (Sáiz, Sáiz, Pedraja, Romero y Marín, 2011).

Se basó en la integración de variables sociales que permitían una mayor y mejor explicación y entendimiento de la conducta humana, tanto normal como alterada, partiendo del hecho de que los factores sociales interactúan con un bagaje biológico que cada ser humano trae consigo, y por supuesto enfatizando en el estudio de los humanos para la comprensión de su propio comportamiento, más que el de los animales y su posterior aplicación a los humanos, como ya se comenzaba a realizar por Watson y Skinner (Bandura y Walters, 1974).

Bandura pensaba que dentro del aprendizaje de las conductas emitidas por los humanos, las prácticas culturales poseen una importante influencia, en donde la aprobación, desaprobación y sanción originadas por los otros permitirán que el individuo las continúe realizando o no, retomando entonces los principios del condicionamiento operante de Skinner. Sin embargo, su aportación va más allá de ello, pues refiere que la observación del comportamiento de los demás y sus consecuencias podrá definir que el sujeto lo imite posteriormente, por lo que aprenderá a adecuar nuevas formas de comportarse además del repertorio conductual que ya trae consigo. Esto es evidente en el desarrollo normoevolutivo de los niños pequeños, en donde desde entonces se les instruye en la adquisición de roles de

género, vocacionales u ocupacionales, así como conductas socialmente correctas e incorrectas (Bandura y Walters, 1974).

Muchos de sus experimentos fueron encaminados hacia la comprensión del origen de la conducta agresiva en los niños, partiendo del supuesto de que ésta podía ser adquirida mediante la imitación. El más conocido de ellos es el del muñeco “Bobo”, en donde tenía 3 grupos de niños: aquellos a los que se les presentó una videograbación de un adulto manifestando conductas agresivas hacia el muñeco, tales como patearlo, pegarle con un martillo, lanzarlo al aire y aventarlo al suelo; otro grupo que observaba una videograbación en donde el mismo modelo adulto se comportaba esta vez de una manera sumisa e inhibida hacia el muñeco, y un grupo control que no fue expuesto a ninguno de los modelos. Posteriormente se observaba la reacción de los niños al estar frente al muñeco y se detectó que el primer grupo de niños manifestaba mayor número de conductas agresivas al igual que el modelo que se les expuso, en comparación con aquellos que observaron el no agresivo o aquellos del grupo control. Además, se arrojó evidencia de que cuando el modelo agresivo era hombre influenciaba en mayor medida a los niños para imitar dichas conductas en comparación a cuando era mujer, pues los niños argumentaban la poca creencia de que una mujer se comportara de esa manera y no tal cual “como una mujer” (Bandura, Ross y Ross, 1963).

Posterior a este experimento, Bandura (1963) identificó que cuando los niños observan la conducta agresiva de modelos y éstos son premiados por ello, tienden a aumentar las posibilidades de imitar dicha conducta, a diferencia de aquellos que observaron que el modelo era castigado por comportarse de esa manera, o los que no se expusieron a tales modelos de imitación o no había consecuencias ante su conducta. Concluyó que los niños rápidamente adoptan la conducta de los modelos cuando ésta es seguida de consecuencias satisfactorias, aprobaciones o premios sociales de parte de los otros, mientras que cuando las consecuencias son negativas o aversivas, o no existen consecuencias, los niños tenderán a inhibir la imitación de la conducta observada.

Las conclusiones dirigidas por los experimentos de Bandura contribuyeron para destacar la importancia de la crianza de los adultos en los niños pequeños y su influencia para la adquisición de conductas socialmente aceptadas y normales, lo cual constituye

también una explicación lógica respecto al desarrollo de conductas anormales de acuerdo con la edad y la etapa de desarrollo del menor (Bandura y Walters, 1974).

Otros autores que se catalogan dentro de la transición hacia modelos más cognitivos o mediacionales, son R. Lazarus y S. Folkman con la propuesta de su Modelo de afrontamiento del estrés.

R. Lazarus (1922-2002) fue un psicólogo estadounidense cuya aportación también se centró alrededor de los años sesentas, en donde se comenzaba con el estudio de la biología del estrés y se partía del supuesto de que no todos los individuos reaccionan igual ante los estímulos, pues la activación del sistema nervioso central y los procesos neuroendócrinos varían en cada ser humano (Lazarus y Folkman, 1991).

Lazarus y Folkman (1991) definen al estrés como el resultado de una relación entre el individuo y el entorno en el que se desenvuelve, el cual es evaluado por el primero como una situación amenazante, que pone en peligro su bienestar y que puede poner en duda los recursos con los que cuenta, generando entonces reacciones internas asociadas (Lazarus y Folkman, 1991).

En distintas definiciones, se ha catalogado al estrés como un estímulo o como una respuesta: en el primero, situaciones adversas o acontecimientos con los que tropieza el individuo son estresores que le provocarán manifestaciones internas tales como el hambre, secreciones hormonales o reacciones neurológicas asociadas. Ejemplo de estresores serían la pérdida de un ser querido, las guerras, el exceso de trabajo, etcétera. En el segundo, se hace énfasis en dichas reacciones internas del individuo, pues se genera un rompimiento en la homeostasis y se aumenta la intensidad con la que dichas respuestas se presentan. Sin embargo, ambos tipos de estrés están íntimamente relacionados pues si se presenta uno muy seguramente se presentará el otro (Lazarus y Folkman, 1991).

Los procesos cognitivos de evaluación ante las situaciones cobran importancia dentro de este modelo teórico dado que al presentarse un evento dentro del entorno, el individuo realizará una *evaluación primaria* del mismo, en donde identificará en primera instancia si el estímulo es dañino, peligroso o amenazante, con qué magnitud se está presentando, cuánto tiempo durará, cuál es su ambigüedad, y si puede ser controlado o no. Posterior a esta evaluación se presenta un segundo proceso, el cual es llamado *evaluación*

*secundaria*, en donde el individuo identificará cuáles son sus recursos y si éstos son suficientes para hacerle frente a dicho estresor, tomando en cuenta la información percibida y arrojada por el proceso anterior (Evans y Cohen, 1987).

Según Evans y Cohen (1987), en los recursos identificados por la evaluación secundaria, se pueden detectar dos tipos principales: Aquellos recursos de afrontamiento centrados en el problema, y aquellos centrados en la emoción. Los primeros corresponden a estrategias relacionadas a la reducción del impacto aversivo que el estresor tiene consigo, percibiendo sus propias competencias para hacerle frente y así intentar solucionarlo. Se incluyen estrategias tales como la definición del problema, búsqueda de soluciones viables, su análisis costo-beneficio y su posterior aplicación. Los segundos están relacionados con el énfasis que el individuo realiza sobre sus propias emociones sin tratar de modificar la situación, llegando a reprimirlas o alterarlas según lo crea conveniente. Se incluyen estrategias como minimización, distanciamiento, evitación, etcétera.

Así, de acuerdo con Lazarus y Folkman (1991), el afrontamiento se define como los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales realizados por el individuo para manejar las demandas externas o internas y que son evaluadas como algo que agrava o excede sus propios recursos.

Dentro de los recursos de afrontamiento, Lazarus (1999) identifica varios tipos adecuados e inadecuados del manejo del estrés, señalando los siguientes: ausencia de opciones de manejo, en donde el individuo piensa que no puede hacer nada para cambiarlo y decide abandonarlo; valoraciones de control y descontrol, cuya percepción radica en la capacidad que tiene el individuo de controlar o modificar el estrés y sus propias emociones; reactividad ante el estresor, relacionado con la tolerancia que tiene hacia el estrés; agotamiento de energía, orientado hacia el cansancio y la reducción de recursos físicos para disminuir la negatividad del estresor; insights sobre medios-fines, en donde se evalúa la relación entre los objetivos de alcance y los medios detectados y llevados a cabo para lograrlos; planificación estratégica, cuya evaluación radica en los costos y beneficios que implican las diferentes estrategias de manejo y su implementación. Con base en todos ellos, la capacidad de afrontamiento del individuo ante situaciones disparadoras de estrés se verá

afectada en la medida en que éstos sean orientados de forma más adaptativa y sana acorde a la situación.

El proceso de evaluación primaria y secundaria se repite en la variedad de situaciones estresantes a las cuales el individuo se enfrenta en el mundo cotidiano; sin embargo, en algunas ocasiones pueden existir alteraciones en su curso y el estrés experimentado puede ser mayormente sobrecargado, intenso y frecuente. Cuando esto sucede, las creencias asociadas respecto al propio individuo reflejan una total falta de control de las situaciones y de sus vidas, manifestándose desesperanza y sintomatología depresiva y ansiosa al respecto del futuro y de la existencia en sí misma, por lo que la capacidad de funcionamiento se ve fuertemente alterada. En dichos casos se comienza a hablar de consideraciones clínicas de mayor importancia y cuya atención debe ser más especializada, atendiendo por supuesto el énfasis dentro de este modelo teórico en las diferencias individuales y la evaluación subjetiva que se hace de los eventos externos generadores de estrés y de los recursos con los que se cuenta para su afrontamiento (Lazarus, 1999).

### **Perspectivas actuales**

A partir de la década de los 60's y a fechas recientes, se ha puesto particular énfasis a las variables de tipo cognitivo o mediacional para el estudio de los fenómenos psicológicos. A. Ellis y A. Beck han sido dos de los autores clásicos en estos modelos teóricos.

A. Ellis (1913-2007) fue un psicólogo estadounidense que desarrolló la llamada Terapia Racional Emotivo-Conductual (TREC), un método que actualmente es utilizado para superar sentimientos y conductas inapropiados en un tiempo relativamente breve. Como su nombre lo indica, implica diferentes métodos cognoscitivos o racionales, elementos emocionales y también conductuales que permiten hacerlo más integral y profundo (Ellis y Abrahms, 1980).

Similar a él, A. Beck (1921 - ), un reconocido doctor de la Universidad de Pensilvania, destacó por el desarrollo de la llamada Teoría cognitiva para el tratamiento de

la depresión, la cual desde sus inicios se caracterizó por ser breve, estructurada y centrada en la problemática actual para resolver dichos malestares (Beck, 1995/2000a).

Ambos autores consideran que las dificultades psicológicas surgen de percepciones e interpretaciones erróneas que el individuo realiza ante situaciones, acontecimientos o experiencias que se presentan en su vida; es decir, la situación por sí misma no origina malestares emocionales, sino la opinión y la interpretación que se realiza de ellas. Según sus aportaciones, éstas son aprendidas a lo largo de la historia de vida, con base en la transmisión de la información durante la interacción social, las cuales se pueden adquirir o acomodar de acuerdo con la propia estructura cognitiva (Beck y Wynnewood, 1964; Beck, Freeman y Davis, 1990/2005; Beck, 1995/2000a; Ellis y Grieger, 1981).

Cuando existe un malestar subjetivo, las interpretaciones generalmente presentan sesgos en su contenido, llamándose para Ellis *creencias irracionales* y para Beck *distorsiones cognitivas*.

Las creencias irracionales conciernen a opiniones que no tienen un fundamento lógico y una base empírica bien establecida dentro de la realidad, por lo que surgen emociones y comportamientos contraproducentes y autodestructivos que interfieren con la felicidad del individuo. Éstas son detectadas en su discurso con expresiones como “deber de”, “tener que”, “todo(s)”, “nadie”, “nunca”, “siempre”, así como la poca tolerancia a las situaciones desagradables, como por ejemplo “no puedo soportarlo”, “es terrible”, entre otras (Ellis y Abrahms, 1980).

Para Beck (1979) las distorsiones cognitivas son muy similares en cuanto al contenido de las creencias irracionales, sin embargo, él se encargó de clasificarlas en categorías que contienen pensamientos mal adaptativos y que generan emociones negativas. Entre ellas se destacan: la abstracción selectiva, que refiere a la formación de conclusiones a partir de detalles; la sobre-generalización, en donde se sostienen ideas generales a partir de sucesos particulares; o el pensamiento dicotómico, atribuido a las creencias extremistas “todo” o “nada”.

Ellis, a diferencia de Beck, señala que las creencias irracionales surgen en el momento frente al evento activador presentado, por lo que no es necesario tomar en cuenta el pasado del individuo para poder identificarlas. Por el contrario, Beck se interesó en el

estudio del proceso y organización de los pensamientos, así como su evolución y construcción desde edades muy tempranas (Caro, 1997)

Con base en ello Beck argumentó que estas creencias se incorporan a estructuras más o menos estables acerca de la visión del mundo, de sí mismo y de los demás, las cuales se denominan esquemas. Los esquemas para este autor, son una estructura cognitiva que refiere a un patrón complejo, estructurado por la experiencia y que se combina con las propiedades del estímulo u objeto presente para determinar cómo éste va a ser percibido y conceptualizado. Es más o menos constante a lo largo de la vida e incluye ideas, juicios, autoinstrucciones, autocríticas y deseos articulados verbalmente (Beck y Wynnewood, 1964).

Desde la teoría de Beck, los pensamientos o creencias tienden a organizarse en tres niveles principales de conceptualización: pensamientos automáticos, creencias intermedias y creencias nucleares o centrales. Los primeros se caracterizan por ser palabras o imágenes que surgen de forma inmediata a la presencia del estímulo externo, son los más superficiales y se adecúan a cada situación distinta; los segundos, en cambio, se relacionan con actitudes, reglas y presunciones, expresados mediante deberes o condicionales acerca del funcionamiento de la realidad; los terceros, corresponden a aquellas creencias respecto a la forma de ver el mundo, el sí mismo y los demás –triada cognitiva-, son creencias más profundas y que requieren de mayor nivel de atención para identificarlas (Beck, 1995/2000b).

A diferencia de ello, la propuesta teórica de Ellis estructuró el proceso de adquisición de emociones mediante el modelo ABC, en donde la A corresponde a la situación activadora, la B refiere a los pensamientos negativos como las creencias irracionales, y finalmente la C que incluye las emociones generadas y los comportamientos asociados. En términos del tratamiento se agrega la letra D que corresponde al debate de la irracionalidad de las creencias para su sustitución con base en un fundamento mayormente lógico y pragmático, y la letra E que alude a las nuevas creencias racionales que sustituyen a las anteriores (Ellis y Abrahms, 1980). Sin embargo, Ellis refiere que el individuo tiene por naturaleza biológica una tendencia a la irracionalidad, por lo que ésta únicamente se supera de forma parcial a lo largo de la vida (Caro, 1997).

En cuanto al tema de la ansiedad, ambos autores realizan una aportación importante que explica su manifestación, al enfatizar en el efecto de frases como “debo tener éxito en todo lo que hago en la vida y debo obtener la aprobación de los demás, ¡es horrible cuando no sucede así!”, “si no respondo algo bien, me van a señalar”, “no quiero que me rechacen, tengo que pasar el examen”, los cuales surgen como imperativos que implican exigencias acerca del funcionamiento de la realidad y cuando no son cumplidas, surgen sentimientos de ansiedad, desesperación o enfado (Beck, Emery y Greenberg, 1985/2014; Ellis, 1990).

En el caso de la ansiedad infantil, Ellis enfatiza en el impacto que el ambiente social y el contexto tienen en el surgimiento de esta sintomatología, pues si bien se responde al mismo modelo ABC, éste será influenciado por el aprendizaje social adoptado de los cuidadores principales, que por lo común son los padres, como fue señalado por Bandura; además de las consecuencias en términos de premios y castigos que ellos realicen en el niño respecto a lo que es aprobado y lo que no (Grieger y Boyd, 2006).

Un factor importante a este respecto es la sobreprotección, pues los padres buscan que sus hijos se desenvuelvan en un mundo de estructura y siempre conocido, pero al momento de que ellos se enfrentan ante situaciones nuevas y sorprendidas, experimentarán miedos y ansiedad al no saber qué es lo que les espera y cómo deben actuar. Ideas de los padres tales como “es horrible que mi hijo sufra y yo debo evitar su sufrimiento” son características en la sobreprotección (Grieger y Boyd, 2006).

En los pacientes con Trastornos de ansiedad, Beck (1979) destaca la presencia de la atención selectiva, en donde se centran comúnmente en aquellos estímulos que pueden representar un peligro inminente para sí mismos, mostrándose hipervigilantes y pasando por alto aquellos que no son relevantes para él. Además, los pensamientos automáticos suelen ser de carácter intrusivo, involuntario y persistente con contenido referente al peligro que puede manifestar ante diversas situaciones (Beck et al., 1985/2014).

Se encuentra también la generalización del pensamiento, en donde se percibe como peligroso cualquier estímulo al que el individuo se enfrente, por ejemplo en el caso de los niños ansiosos, cuando vivieron un asalto en la calle piensan que siempre que salgan experimentarán un evento similar (Beck et al., 1985/2014; Clark y Beck, 1954/2010).

El catastrofismo es otro error de pensamiento presente en dichos trastornos, en donde existe una tendencia a tener pensamientos cuyo contenido es el peor panorama imaginable, sobre enfatizando su probabilidad de ocurrencia y exagerando sus consecuencias (Beck et al., 1985/2014; Clark y Beck, 1954/2010).

Beck refiere que en los pensamientos centrales los sujetos ansiosos tienden a presentar sensaciones de vulnerabilidad y sentimientos de indefensión, en donde se perciben con características y recursos limitados para hacer frente al peligro que están percibiendo, afectando así la confianza que tienen en sí mismos. Esta inseguridad provoca la anticipación de que algo negativo puede ocurrir, la posterior manifestación de la ansiedad, y correspondiente con ello, el bloqueo de las propias habilidades implicadas en el evento, lo cual provocará la repetición de este circuito y el reforzamiento de los pensamientos disparadores asociados (Clark y Beck, 1954/2010). Asimismo, la percepción de falta de control respecto a las amenazas externas, sus reacciones corporales y sus propias emociones, es una parte fundamental para la experimentación de la respuesta ansiógena (Barlow, 2002).

Por último, este autor brinda importancia a un sistema denominado “de alarma”, el cual comúnmente se activa ante situaciones de peligro, presente en todos los seres vivos y que genera sensaciones de miedo u otras para preparar al organismo y reaccionar mediante lucha o huida ante el estímulo peligroso. En pacientes ansiosos, dicho sistema se encuentra sobreactivado, experimentando tales sensaciones en innumerables ocasiones y generando por tanto, las llamadas “falsas alarmas”, que lo mantienen en un estado de constante estrés y desregulación emocional (Beck, 1979).

### **Capítulo 3. Evaluación y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad Infantil**

#### **Evaluación psicológica de la ansiedad en niños**

La evaluación psicológica se define según Fernández Ballesteros (2013), como una actividad que forma parte de la psicología científica y que se ocupa de explorar y analizar el comportamiento de un sujeto humano –o grupo- con el fin de describirlo, explicarlo, diagnosticarlo, seleccionarlo, predecirlo o valorar su cambio gracias a algún tratamiento clínico. Es un proceso tan vasto que todo lo que concierne al comportamiento humano puede ser objeto de evaluación psicológica.

Particularmente en el tema de la ansiedad infantil, Creswell, Waite y Cooper (2014) han reportado que se tiene un gran reto en evaluarla, pues es de suma importancia que el profesional de la salud mental esté entrenado y capacitado para distinguir entre los síntomas ansiosos normales y esperados para la edad cronológica del menor, de aquellos que salen de la norma por deteriorar su funcionamiento físico y psicológico. Además, debe saber aplicar entrevistas estructuradas y no estructuradas dirigidas tanto al niño como a sus padres o cuidadores primarios, quienes reportarán de forma más concienzuda los síntomas que éstos presentan.

Al realizar esta actividad, si no se cuenta con el entrenamiento apropiado, se corre el riesgo de realizar evaluaciones meramente testológicas como lo fue en los inicios de la historia de la Psicología, en donde ésta se reducía a la aplicación de varios tests de igual forma para todos los individuos sin considerar sus particularidades, a los cuales se les llamaba baterías psicológicas. Actualmente, la evaluación se centra en las metas que el propio sujeto expresa como demanda de atención psicológica, adecuando las herramientas a cada uno. En la evaluación infantil, esto concierne comúnmente a sus cuidadores primarios o adultos que observan su comportamiento (Fernández-Ballesteros, 2013).

Las aportaciones de Fernández-Ballesteros y de Oliva-Márquez (2013) resaltan el uso de preguntas como primera fase en el procedimiento de evaluación, en donde el terapeuta averigua los principales acontecimientos que llevan a la persona a recibir la atención, especificando la demanda del caso, sus objetivos, las condiciones socio-históricas y actuales más relevantes. En el caso de los niños, se parte del hecho de que en edades

tempranas se posee particular dificultad para manifestar, describir y explicar estados afectivos al tratarse de trastornos internalizados (Martínez-Ortiz et al., *s. f.*), por lo que en la primera sesión se programa una entrevista semiestructurada a los padres o cuidadores primarios (Vives, 2007).

De acuerdo con Sattler (2002), la entrevista a padres tiene diferentes objetivos a alcanzar, entre los que se destacan:

- ✓ Identificar las principales preocupaciones al respecto del estado de ánimo o conducta del niño, la edad de inicio y su evolución, así como las formas que se han llevado a cabo para resolverlo.
- ✓ Conocer los elementos que suceden antes y después de la conducta en cuestión, además de los acontecimientos o situaciones a las que ésta pudiera ser atribuible.
- ✓ Obtener antecedentes familiares, tales como trastornos psiquiátricos o enfermedades importantes por parte de los miembros de la familia nuclear y extensa.
- ✓ Indagar las expectativas que los padres tienen respecto a su hijo, su comportamiento y su estado de ánimo, por lo que el terapeuta identificará si éstas cumplen con los criterios de desarrollo normo-evolutivo y si son realistas y alcanzables. En caso de que no sea así, se los hará saber y los guiará en la formulación de otras más adecuadas.

Con base en lo anterior, es deseable que el clínico posea herramientas adecuadas para realizar diferentes tipos de entrevistas que permitan la recolección de información sin dejar de lado detalles importantes; y además, que mantenga desarrolladas sus habilidades observacionales para contrastar la información verbal recabada con la no verbal, observar las actitudes, los gestos, las posturas, y otros elementos que ayudarán a entender de mejor forma lo referido (Fernández-Ballesteros y de Oliva-Márquez, 2013).

Posterior a dicha sesión, el terapeuta puede hacer uso de entrevistas estructuradas o no estructuradas dirigidas al niño para recolectar mayor información, las cuales deberán ser acordes a su edad para que permitan su aceptación y generen mayor apertura (Vives, 2007). Las entrevistas con los niños deberán, según Sattler (2002), plantearse la consecución de los siguientes objetivos:

- ✓ Establecer el clima de confianza que incremente las posibilidades de que el niño hable de lo que le ocurre.
- ✓ Indagar el motivo que lo llevó a la entrevista y conocer lo que él se imagina o identifica como probables causas.
- ✓ Cuestionar por las variables asociadas al padecimiento, en qué momentos ocurre y qué pasa después, qué tan fuerte es, cuánto dura, y si ha notado mejoría desde su inicio.
- ✓ Reunir información respecto a las percepciones acerca de sus padres, sus hermanos, sus maestros y sus amigos.
- ✓ Ubicar su nivel de desarrollo y sus capacidades cognitivas que le permitan lograr el cambio terapéutico.
- ✓ Encuadrar el proceso de atención psicológica y las principales actividades a realizar; ubicar sus intereses y expectativas.

La entrevista con los niños es sustancialmente diferente a la de los adultos, pues es un espacio en donde se llevan a cabo actividades diferentes, creativas y lúdicas que sean acordes a la naturaleza infantil, pues su nivel de desarrollo y sus capacidades de comprensión permiten que les sea más sencillo inmiscuirse en este tipo de actividades (Carrasco-Tornero, 2012) para así poder replicar su realidad y facilitar la expresión verbal y no verbal de lo que les ocurre. Diferentes autores (Carrasco-Tornero, 2012; Friedberg y McClure, 2005; Sattler, 2002) han propuesto variedad de actividades a realizar durante las sesiones de entrevista infantil, entre las cuales destacan las siguientes:

- ✓ Realizar dibujos de los miembros de su familia, de su escuela, de sus amigos o de él mismo, en los cuales plasmará las percepciones que tiene en estos ambientes. El dibujo permitirá al entrevistador hacer preguntas indirectas acerca del motivo de consulta en cuestión.
- ✓ Uso de juegos estructurados, por ejemplo los juegos de mesa, en donde el menor se comporte de una forma más natural que permita al clínico observar su comportamiento y sus verbalizaciones para relacionarlo con el padecimiento.
- ✓ Uso de imágenes que representen situaciones concretas, particulares y que le sean familiares para así facilitar el curso de la entrevista.

- ✓ Llevar a cabo la técnica de historias o frases incompletas, en donde el entrevistador pide al niño que complete una frase o un cuento que ha escogido previamente y que se relaciona con su situación particular. Esto le ayuda al terapeuta a identificar las formas en las que el niño actúa ante dichas situaciones, así como sus creencias y emociones surgidas.
- ✓ Emplear los ejercicios de imaginación de situaciones que el clínico ha elegido como convenientes para reunir información del menor, lo cual generará que exprese sus creencias, emociones y reacciones ante las mismas.

Todas ellas se pueden llevar a cabo mediante materiales de colores, uso de plastilina, pinturas y demás objetos llamativos que permitan captar mejor la atención del niño. Además, el terapeuta se deberá valer de habilidades clínicas que logren generar confianza, tales como modular el tono de voz, los elogios frecuentes, la autoapertura, la normalización y validación de sus estados emocionales (Leahy, 2011), el uso del lenguaje acorde a la edad, ejemplificar situaciones, saber respetar los silencios, entre otros (Sattler, 2002).

Además de las sesiones de entrevistas, la evaluación psicológica también propone complementar la información con datos arrojados por algunos instrumentos psicométricos que ayuden a detallar el diagnóstico (Beesdo et al., 2009; Hernández-Guzmán, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil-Bernal, 2010; James, James, Cowdrey, Soler y Choke, 2013; Martínez-Ortiz et al., *s. f.*). Sin embargo, al decidir usar este tipo de herramientas se debe tomar en cuenta que la información presentada habrá de manejarse con cautela por diferentes condiciones.

Cualquier instrumento psicométrico cuenta con diferentes sesgos, uno de ellos y tal vez uno de los más importantes es el error estándar de medición, el cual está presente porque pese al intento de homogeneizar las características de la población durante su estandarización, éstas no son completamente coincidentes con el individuo evaluado por tratarse de sujetos humanos y su variabilidad en cuanto a características, lo que supone que siempre habrá un margen de error por dichas diferencias (APA, 1999, citado en Gómez-Benito, Hidalgo y Guilera, 2010).

Sattler (2002) hace referencia a algunos otros sesgos que influyen al momento de responder los tests psicológicos, tales como el estado de ánimo durante la aplicación, el poco entendimiento de las preguntas o las dificultades cognitivas, el déficit de atención, la poca claridad en cuanto a la identificación e interpretación de los propios estados emocionales, así como la defensividad que muestra el paciente por un intento de protegerse a sí mismo y dar una imagen positiva frente a los demás. Esto sugiere la necesidad de cuidar y considerar estas variables al momento de interpretar los resultados arrojados.

Para minimizar estos sesgos se ha planteado el requisito de que los instrumentos utilizados cuenten con un nivel de confiabilidad alto y que las características de los individuos a evaluar sean semejantes a las consideradas para su estandarización; es decir, si el individuo es mexicano, se espera que el instrumento haya sido estandarizado con población mexicana. Uno de los coeficientes que se estiman para detectar el nivel de confiabilidad es el *alfa de Cronbach* el cual es conveniente que sea lo más cercano posible a 1. Según Aiken (2003), una puntuación de entre 0.60 y 0.70 puede considerarse como satisfactoria.

Para medir la sintomatología ansiosa, varios autores han propuesto diferentes instrumentos psicométricos, tales como el Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders -SCARED- (Birmaher et al., 1999; Sánchez, 2004; Vigil-Colet et al., 2009;) o la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Niños y Adolescentes –MINI-Kid– (Palacios, De la Peña y Sánchez-Hidalgo, 2004 en Caraveo-Anduaga et al., 2011; Sheehan, Shytle y Milo, 2000 –versión en español de Colón-Soto, Díaz y Soto, 2000). Estos dos instrumentos son basados en las categorías del DSM-IV y cuentan con una confiabilidad mexicana alta: el primero de ellos con un alfa de Cronbach de 0.90 y el segundo con una Kappa de 0.95. Sin embargo, estos datos no han sido publicados en la literatura, únicamente han sido trabajos de tesis o participaciones en congresos. El MINI-Kid además, es usado mayormente por los médicos psiquiatras para diagnosticar toda gama de posibilidades que plantea el DSM.

Otros instrumentos propuestos han sido el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en niños –STAIC- (Castrillón y Borrero, 2005; Spielberger, Edwards, Montuori y Lushene, 1973) y el Cuestionario de Miedos Infantiles Revisado –FSSC-R- (Gutiérrez et al., 2012;

Ollendick, 2006; Ollendick, 1983). El primero de ellos plantea una diferenciación entre la ansiedad ante determinados momentos –estado- o la ansiedad como característica del niño –rasgo-; y el segundo mide de forma más específica la presencia de miedos; sin embargo, deja de lado otras características ansiosas. Ambos instrumentos poseen niveles elevados de confiabilidad (alfa de Cronbach 0.70 y 0.94 respectivamente) pero para población colombiana y no mexicana.

Por último, se tiene la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños Revisada-2 –CMASR-2– (Reynolds y Richmond, 2012) y la Escala de Ansiedad para niños de Spence –SCAS– (Hernández-Guzmán et al., 2010; Spence, 1997;). Ambos han sido estandarizados para población mexicana y cuentan con un alfa de Cronbach de 0.87 y 0.88 respectivamente y se componen de diferentes factores que permiten medir la naturaleza de la ansiedad en los niños. Estos instrumentos cuentan entonces con las dos características importantes que sugieren su uso con mayor confianza.

### **Tratamiento de la ansiedad en niños**

Dentro de la literatura internacional, diferentes estudios han sido realizados para identificar cuál es el tratamiento más efectivo en los Trastornos de ansiedad infantil. Sawyer y Nunez (2014) realizaron una revisión sistemática cuya aportación se inclina hacia la elección de la terapia de tipo cognitivo conductual (TCC) en niños de entre 7 y 12 años de edad, y cuando éste es combinado con tratamientos farmacológicos (principalmente Sertralina) se reducen aún más los síntomas. Resultados similares arrojaron las aportaciones realizadas por Scott et al. (2005) y Creswell et al. (2014), las cuales también hacen énfasis en la combinación de la TCC y tratamientos farmacológicos, sin embargo, el primero no da cuenta de la comorbilidad en el diagnóstico por lo que refiere limitaciones al respecto de la generalización de los hallazgos; y el último enfatiza en que la primera línea de elección debe ser la TCC y la segunda, su combinación con la farmacoterapia, particularmente Sertralina. El estudio metanalítico de James et al. (2013) enfatiza la efectividad del mismo tipo de terapia por encima del placebo psicológico, la biblioterapia y la psicoeducación, pero aun no es confirmada por sobre los medicamentos.

Entre los estudios que dan cuenta de los tratamientos realizados únicamente bajo TCC se encuentran el de Seligman y Ollendick (2011), y en México el de López-Flores (2012) y Peña y Ramos (2009), los cuales arrojan resultados positivos al respecto de su efectividad ante la disminución de los síntomas. El primero de ellos hace referencia a la revisión de ensayos controlados aleatorizados más significativos, el segundo corresponde a la realización de un tratamiento grupal con 12 niños y uno individual con tres, y el tercero alude a un estudio de caso de un menor de 11 años de edad. Sin embargo, estos dos últimos han sido trabajos de tesis mexicanas y no han sido publicados en revistas científicas.

Algunos otros trabajos que refieren al tratamiento únicamente bajo TCC han sido encaminados a la ansiedad social. Tal es el caso del metanálisis llevado a cabo por Olivares y colaboradores (2003), el cual fue dirigido principalmente a población adolescente con esta sintomatología, y el estudio de Gil-Bernal y Hernández-Guzmán (2009) dirigido a niños de entre 7 y 12 años de edad con este diagnóstico. Los resultados nuevamente afirman la efectividad de este tipo de terapia para mejorar la severidad del trastorno.

Por último, en cuanto al tratamiento farmacológico, Ipser, Stein, Hawkrigde y Hoppe (2009) realizaron una revisión sistemática y destacaron la evidencia a favor sobre los Inhibidores Selectivos de la Recapturación de Serotonina (ISRS) por encima de las Benzodiacepinas tales como Clonazepam y Alprazolam, estos últimos dadas las preocupaciones existentes en relación a generar dependencia y sus efectos secundarios, por lo cual no son recomendados para el tratamiento de los Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Creswell et al., 2014; Martínez-Ortiz et al., *s. f.*).

Entre los principales ISRS que han demostrado ser efectivos se encuentran la Sertralina, la Fluoxetina y la Fluvoxamina, con dosis de 25mg a 50-150mg al día en el caso de la primera, 5mg a 20-40mg para la segunda, y 25mg a 250mg en la tercera. Éstas surten efecto entre las 4 y 6 semanas a partir de su ingesta comenzando por dosis bajas y aumentándolas hasta alcanzar las dosis óptimas. La duración del tratamiento bajo los medicamentos es variable, pero en general se considera que cuando los síntomas se han visto reducidos en aproximadamente un 50%, se debe mantener la dosis a por lo menos 1 año para el mantenimiento de los resultados (Cárdenas et al., 2010; Martínez-Ortiz et al., *s. f.*).

Una de las principales preocupaciones en el uso de los ISRS, han sido algunos efectos secundarios asociados a su ingesta, por ejemplo el aumento de síntomas del síndrome de activación, ataxia, irritabilidad y desinhibición en el caso de la Sertralina, así como la presencia de agitación muscular, tensión, insomnio o hipersomnia, cefalea, falta de motivación y disfunciones sexuales tanto en hombres como en mujeres, inquietud y agitación motoras, hipomanía y desinhibición conductual. En el caso de la Fluoxetina, se ha visto que los niños activan síntomas de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, por lo que se muestran mayormente inquietos y con dificultades en la obediencia, así como con dificultades para concentrarse. Ante la suspensión repentina y no indicada de los fármacos, se ha observado la presencia de sintomatología del síndrome de abstinencia, incluyéndose náuseas, sueños vívidos, irritabilidad, cefaleas y mareos (Black y Andreasen, 2015; Reid et al, 2015).

El artículo de Creswell y Waite (2016) publicado recientemente en la revista *Evidence Based Mental Health*, plantea la principal preocupación respecto a los efectos adversos ante la ingesta de los ISRS particularmente en niños menores de 12 años de edad. Refiere que estos se exacerban en población infantil en comparación con los adolescentes, lo que sugiere realizar un análisis costo-beneficio respecto a la decisión del tratamiento. Así, propone que la primera línea de elección sea un tratamiento de baja intensidad, por ejemplo las intervenciones bajo TCC de corta duración o vía web; en caso de que los síntomas persistan, la segunda corresponde a un tratamiento más intenso bajo TCC, por ejemplo sesiones de mayor duración con monitoreo constante; en caso de haber alcanzado mejoría pero aun con ciertas dificultades presentes, se propone como tercera línea el uso de algunas sesiones de mantenimiento o refuerzo a través de un periodo de tiempo para monitorear los avances; en caso de que a pesar de ello solo se haya conseguido la mejoría parcial en los síntomas, se propone como cuarta y última línea el uso de tratamientos farmacológicos junto con el monitoreo psicoterapéutico de los síntomas. El seguimiento de este esquema evidentemente dependerá de la severidad del padecimiento.

Dentro de los tratamientos cognitivo conductuales, se han reportado distintas técnicas que han demostrado ser efectivas, tales como el reconocimiento de sentimientos ansiosos en el cuerpo, la identificación de pensamientos como causa de las reacciones somáticas, la reestructuración cognitiva, la psicoeducación tanto para ellos como para sus

cuidadores primarios, la mejora en la interacción padre-hijo; además del uso de técnicas conductuales como el entrenamiento en habilidades sociales y solución de problemas, la exposición, la desensibilización sistemática, las técnicas de relajación, las autoinstrucciones y el autoreforzamiento (Aydin, 2014; Creswell et al., 2014; James et al., 2013; Olivares et al., 2003; Seligman y Ollendick, 2011).

Sin embargo, pese a la gran cantidad de técnicas existentes, la labor del psicólogo clínico no únicamente se reduce a su mera aplicación, sino que resulta necesario su ajuste con base en las particularidades del caso. Para ello se hace énfasis en la identificación de las variables que están influyendo en los síntomas presentados, lo que se conoce como análisis funcional de la conducta (Cooper, Heron y Heward, 1987a), en el cual se especifican aquéllas que ocurren antes y después de ella que pueden explicar su origen y mantenimiento (Cooper, Heron y Heward, 1987b) para así lograr una correcta conceptualización del caso (Nezu, Nezu y Lombardo, 2006) y además se incrementen las posibilidades de que el tratamiento sea efectivo (Carr, 1977; Cormier y Nurius, 2003; Kazdin, 2011a).

Así, el terapeuta cognitivo conductual infantil se vale de diferentes estrategias para lograr el ajuste del tratamiento a los diferentes casos, tomando en cuenta las limitaciones y características propias del desarrollo normo evolutivo en cuanto a capacidades atencionales, memoria y motivación (Mandil, Borgialli, Bunge y Gomar, 2010).

Mandil et al. (2010) reportan la conveniencia de utilizar cuatro usos didácticos: los juegos representativos, las metáforas, los dibujos e historietas y los recursos tecnológicos.

Los juegos representativos corresponden a una construcción de la realidad mediante actividades lúdicas que permitan simbolizar las conceptualizaciones del niño, sus significados y favorecer el desarrollo de habilidades bajo una secuencia lógica y temporal; por ejemplo: el juego de roles, el modelado, la actuación, entre otros. Las metáforas hacen referencia al desplazamiento del significado de un elemento hacia otro con el fin de facilitar su comparación, de tal manera que se acerque a la realidad del niño y a la forma en cómo la vive; por ejemplo, en la respiración diafragmática, se le pide que imagine que su estómago es un globo y debe inflarlo lo más que pueda al inhalar aire. Los dibujos y las historietas le permiten plasmar mediante símbolos su percepción ante diferentes situaciones, además de

construir y reconstruir diálogos que sean más favorables a su autorregulación emocional; por ejemplo, al pedirle que se dibuje a sí mismo exponiendo frente a su salón de clases, generando frases positivas que le ayuden a lograr el objetivo con éxito. Los recursos tecnológicos sugieren el uso de computadora, Tablet, iPad u otros, cuyas aplicaciones permitan aprender algunas estrategias cognitivas conductuales; por ejemplo, un cuento virtual en donde el oso protagonista presenta diferentes emociones negativas al enfrentarse a algunas situaciones, por lo que se le pide al niño le haga cosquillas en el estómago para que comience a respirar diafragmáticamente.

La TCC se compone de dos ejes muy relacionados entre sí sobre los cuales se planea el tratamiento a llevar a cabo: las técnicas que enfatizan los elementos cognitivos y aquéllas que lo hacen para los elementos conductuales. Para los fines de este documento únicamente se describirán las más representativas que han sido reportadas como efectivas por diferentes autores.

Los elementos cognitivos tienen como objetivo la modificación y sustitución de creencias erróneas y sin fundamento en la realidad (irracionales o distorsionadas) por otras más adaptativas que generen emociones mayormente tolerables y funcionales (Beck, 1995/2000a; Beck y Wynnewood, 1964; Beck et al., 1990/2005; Ellis y Dryden, 1997).

El metanálisis de James et al. (2013), la revisión sistemática realizada por Aydin (2014) y el estudio mexicano de Gil-Bernal y Hernández-Guzmán (2009) enfatizan en que la TCC debe incluir la participación de los padres, partiendo del hecho de existe una gran probabilidad de que ellos también padezcan esta sintomatología, por lo que el tratamiento deberá incluir sesiones psicoeducativas para ellos.

Aydin (2014) propone que la psicoeducación es el componente de mayor importancia dentro de la TCC al ser orientada tanto al niño como a los papás. Al realizarse con éstos últimos, el terapeuta enseña a identificar las manifestaciones de la ansiedad en el niño, los factores asociados, el papel de las creencias y qué ajustes realizar para el cambio terapéutico. En algunas ocasiones es importante realizar el proceso psicoeducativo mediante material audiovisual o bien con ayuda de manuales que les permitan elaborar ejercicios similares para su mayor aprendizaje y entrenamiento en habilidades para que puedan ponerlo en práctica en casa.

Además, se les entrena en el manejo de contingencias que corresponde a aplicación de estrategias conductuales con el niño ante su conducta para favorecer su regulación emocional. Ejemplo de ellas son: el reforzamiento positivo, la extinción, el modelamiento, la reducción de la conducta evitativa, por mencionar algunas (Kazdin, 1996; Reynoso-Erazo y Seligson-Nisenbaum, 2005).

En la psicoeducación orientada al niño, se identifica qué es la ansiedad y en qué partes del cuerpo la siente, qué sensaciones experimenta y cómo se da cuenta que se está manifestando. Se le enseña el sistema de alarma como un circuito que provoca que la ansiedad se active, explicándole que todos los individuos tienen una alarma que se encuentra en su cerebro y que se prende cuando se corre peligro, por lo que surge la ansiedad y ésta les hace escapar o atacar para protegerse. Sin embargo, en algunas ocasiones la alarma está sobre activada, lo que genera que esté funcionando aún en situaciones no peligrosas por la creencia de que algo malo puede ocurrir (Beck, 1979; Hernández-Guzmán, Benjet, Andar, Bermúdez y Gil-Bernal, 2010).

Knell (1999), afirma que la TCC para niños basada en el juego, cuenta con la característica principal de usar el modelado, en este caso como parte de la psicoeducación a los cuidadores, se refiere a que ellos realicen conductas que se deseen sean aprendidas por el niño, lo que le permitirá el entendimiento de diferentes fenómenos y favorecerá la toma de perspectiva para posteriormente comenzar a adquirir estrategias adaptativas y mejorar los síntomas presentados.

Una estrategia que es de gran ayuda para comprender la función del pensamiento en las propias emociones es el uso de *títeres mentales*, que son dos personajes contrarios creados en la imaginación y encargados de introducir en la cabeza los pensamientos positivos y negativos, respectivamente. El *detective de pensamientos negativos*, el *periodista de encuestas*, los *diálogos gráficos*, los *experimentos sencillos*, la *exageración de los pensamientos* y el *uso del humor* son algunas otras alternativas que ayudan a identificar y modificar creencias negativas para sustituirlas por otras más realistas (Friedberg y McClure, 2005; Knell, 1997; Lega, Caballo y Ellis, 1997).

Cuando el estilo de pensamiento es rumiativo en características negativas, se entrena al niño en técnicas de detención de pensamiento mediante palabras como “¡basta!”,

“¡alto!” o “¡detente!” acompañados de dar un golpe con una regla o con su mano sobre la mesa, o bien, se le pide que imagine un muro en su cabeza que impide que los pensamientos negativos crezcan e invadan su mente (Kubli, 1997).

Otros elementos a tomar en cuenta son las diferentes explicaciones que el niño otorga ante los eventos negativos, sorprendidos o inesperados a los cuales se enfrenta a lo largo de su vida, las cuales pueden carecer de fundamento lógico y generar efectos en su cognición, emociones y conducta (Weiner, 1986). Según Weiner (1986) estas explicaciones se denominan *atribuciones de causalidad* y contienen tres dimensiones: locus de causalidad, control y estabilidad. El locus de causalidad está relacionado con las causas internas o externas que se otorgan ante los eventos y que tienen un impacto en las emociones dirigidas hacia la autoestima (orgullo, por ejemplo). La dimensión control responde a si la causa puede ser modificada voluntariamente o no por el individuo, siendo entonces controlable o no controlable, por lo que sus efectos recaerán en la responsabilidad y se generarán emociones de vergüenza o culpa. La categoría estabilidad se relaciona con la duración de la causa y puede ser estable o inestable, lo que supondrá efectos en las expectativas para eventos futuros y la motivación como agente de cambio (Alonso, 1984; De la Torre y Godoy, 2002; Weiner, 2005)

Los efectos en las expectativas, la motivación, la responsabilidad y la autoestima cobran importancia dentro de la sintomatología ansiosa por ser elementos que explican las reacciones de los niños sobre situaciones que les generan preocupaciones y que definen su afrontamiento ante eventos posteriores y similares. Por tanto, se espera que al ser modificadas y centradas mayormente en la realidad, la regulación emocional se vea favorecida.

Una de las estrategias utilizadas para la modificación de las atribuciones en la dimensión control, es *el pastel de la responsabilidad*, en donde ante una situación particular, se identifican todos los factores que influyen en su causalidad, diferenciando aquellas causas que dependen de él y las que no, dando cuenta de su controlabilidad interna o externa y disminuyendo la auto exigencia para intentar solucionar situaciones que no dependen de él (Friedberg y McClure, 2005).

Por otra parte, las técnicas conductuales también son un componente fundamental de los tratamientos basados en TCC, pues en éstas se modificarán los estímulos que mantienen o refuerzan la conducta, además de que se instiga al niño para la realización de acciones distintas que sean incompatibles con los síntomas ansiosos (Aydin, 2014; Creswell et al., 2014; Seligman y Ollendick, 2011).

James et al. (2014) y Seligman y Ollendick (2011) han destacado la importancia de la inclusión de técnicas de relajación como habilidades de afrontamiento ante las situaciones disparadoras de ansiedad, pues cuando la respuesta ansiosa está presente en el organismo, el Sistema Nervioso Simpático se activa originando mayor actividad fisiológica, por lo cual se busca que mediante las técnicas de relajación se implemente una respuesta incompatible a dicha reacción, activando entonces el Sistema Nervioso Parasimpático y disminuyendo los síntomas corporales ansiosos (Nieves y Vila, 1993). Entre las principales técnicas de relajación se encuentran la respiración diafragmática, la relajación muscular profunda y la relajación autógena, principalmente (para mayor información véase Jacobson, 1934, citado en Nieves y Vila, 1993; Ortega-Fernández y Ortuño-Campillo, 2015; Schutz, 1969, citado en Reynoso-Erazo y Seligson-Nisenbaum, 2005)

Para aplicarlas, se hace uso de las técnicas de imaginación, en donde se les pide a los niños imaginen que su estómago es un globo y tiene que inflarse al tiempo que inhalan aire por la nariz, para posteriormente desinflarlo al sacar aire por su boca. También se les puede pedir que imaginen sensaciones de calor para secar la sudoración de sus manos al estar ansiosos, o bien, guiar su imaginación para visualizar el día más feliz de su vida, disfrazarse de su superhéroe favorito y luchar contra sus miedos, entre otros (Friedberg y McClure, 2005; Gyoerkoe y Wiegartz, 2009).

La técnica del rol fijo es una estrategia de modelamiento relacionada con la imaginación, en donde se le pide al niño que identifique un personaje a quien admira para que se comporte como él durante los próximos días, lo que generará que ante una situación disparadora de ansiedad, actúe como éste y así pueda enfrentarla de mejor manera (Beutler, Moleiro, Penela, 2004).

Otra de las técnicas que se suele usar es el entrenamiento en autoinstrucciones (Friedberg y McClure, 2005; Meichenbaum, 1979), la cual consiste en entrenar al niño a

hablar consigo mismo dándose órdenes que guiarán su conducta y su regulación emocional. Mediante situaciones simuladas generadoras de ansiedad, por ejemplo encestar un balón en la canasta de Basquetbol o lograr armar un rompecabezas complejo, se enseña a los niños a que puedan decirse frases en voz alta como “calma, tranquilo, todo está bien”, “respira, despacio, una vez más”, y el autorreforzamiento como “lo estoy haciendo muy bien”, “ya casi lo logro, buen esfuerzo”. También pueden ser incluidas las autoafirmaciones positivas, en donde el niño se dice a sí mismo frases cortas y sencillas que corresponden a la autogratisfación y al desempeño, por ejemplo “puedo controlarme” o “sé que es difícil, pero puedo lograrlo”. Todas ellas son frases que incrementarán su estado de ánimo y favorecerán su autorregulación emocional y sus capacidades de afrontamiento (Knell, 1997).

Por último, otra estrategia que resulta muy efectiva con los niños como una forma de enfrentarlos a las situaciones que les generan ansiedad social, es la realización de ejercicios contra la vergüenza, en donde se les pide que realicen alguna tontería en público, por ejemplo portar un zapato diferente al otro, colocarse una máscara y salir a la calle, pedir su número telefónico a algunas personas, entre otras. Esta es una manera de poner a prueba las creencias que generaban ansiedad al respecto de los comentarios negativos de los demás y de su catastrofismo, como una forma de sustituirlas al observar el comportamiento real de los otros, usar el humor y descatastrofizar pensamientos (Burns, 2006).

Así pues, con base en lo anteriormente descrito se refleja la importancia de realizar una evaluación psicológica adecuada de la sintomatología que el niño está presentando, mediante diferentes herramientas de las cuales el Psicólogo Clínico puede echar mano y así realizar un diagnóstico psicológico, que posteriormente le permitirá formular un plan de tratamiento efectivo, oportuno y acorde a los síntomas para disminuir el deterioro en su funcionamiento físico y psicológico.

## **Método**

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el efecto del Tratamiento Cognitivo Conductual en niños de entre 8 y 11 años de edad con Trastornos de ansiedad. La pregunta de investigación bajo la cual se llevó a cabo fue la siguiente: ¿El Tratamiento Cognitivo Conductual es efectivo para niños con Trastornos de ansiedad? Bajo el planteamiento de la hipótesis de que el Tratamiento Cognitivo Conductual aplicado a niños con Trastornos de ansiedad generará una disminución en la sintomatología ansiosa.

Las variables inmersas fueron: el Tratamiento Cognitivo Conductual, como variable independiente, y la sintomatología ansiosa, como variable dependiente.

### **Definiciones conceptual y operacional**

Correspondiente a la definición conceptual, se consideró a la ansiedad como una emoción generada bajo un estímulo –presente o no- que el individuo interpreta como peligroso, caracterizada por preocupaciones –reales o irreales-, sentimientos de tensión y sensaciones corporales como el incremento de la presión arterial (APA, 2015; APA, 2013; Beesdo et al., 2009).

Como definición operacional, se consideró a la ansiedad patológica medida a través del instrumento CMASR-2, el cual refleja una puntuación natural de Ansiedad Total  $> 61$ ; y el SCAS, cuyo punto de corte es  $> 38$  en puntuación natural para la misma escala.

### **Diseño**

El estudio consistió en brindar atención psicológica de tipo Cognitivo Conductual a 11 niños de 8 a 11 años de edad con algún Trastorno de ansiedad propuesto por el médico tratante. Se realizó un estudio piloto y 10 réplicas. El muestreo fue de tipo no probabilístico accidental.

Se utilizó un diseño de Línea Base pretest-postest para cada uno de los casos (Kazdin, 2011b; Heward, 1987) en donde se incluyó la Fase I, correspondiente a la Evaluación, la Fase II relativa al Tratamiento Cognitivo Conductual con el niño y la

participación de los cuidadores primarios, y una Fase III, correspondiente al Seguimiento. En la Fase de Evaluación se incluyó la medición de la ansiedad mediante un pretest, y durante la Fase de Seguimiento se realizaron tres postest: el primero al término del tratamiento, y el segundo y el tercero con un mes de diferencia entre ellos. Este periodo de tiempo se eligió como una primera aproximación a la realización de seguimientos dentro de la institución. Al finalizar el estudio se llevó a cabo el cálculo de la Evaluación del Cambio Clínico Objetivo de Cardiel (1994) –CCO, para cada uno de los casos, el cual estima la magnitud del cambio de tratamiento mediante la comparación entre el pretest y las diferentes aplicaciones del postest, y se considera que valores  $>-0.20$  son clínicamente significativos. El CCO se obtiene mediante la fórmula:

$$\text{CCO} = (\text{Postest} - \text{Pretest}) / \text{Pretest}.$$

Se realizó además el cálculo de los estadísticos descriptivos de los 10 casos réplica como grupo, y posteriormente se realizó el análisis grupal para evaluar el cambio usando la prueba de rangos con signo de Wilcoxon con las medidas del pretest y el postest 3 de los casos. Se empleó el estadístico de prueba Z y se consideró un valor de significancia Alfa menor a 0.05.

## **Participantes**

Participaron en el estudio 11 niños de entre 8 y 11 años de edad: un varón para el estudio piloto, y nueve varones y una mujer para los estudios réplica. Todos ellos ingresaron al servicio de Psicoterapia Cognitivo Conductual dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” durante el periodo comprendido entre mayo de 2015 a enero de 2016. Estos casos presentaron características sintomatológicas cuyo diagnóstico correspondiente era algún Trastorno de ansiedad, el cual fue establecido por su médico paidopsiquiatra tratante, y fue confirmado por la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada 2 (CMASR-2) (Reynolds y Richmond, 2012) y la Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS) (Spence, 1997; Hernández-Guzmán et al., 2010).

Como una forma de hacer referencia a los pacientes se decidió ubicarlos con la inicial de su nombre; en el caso de Rd, se decidió agregar una letra minúscula que permitiera diferenciarlo del paciente R, y en el caso de JC, se decidió agregar la letra de su

segundo nombre para diferenciarlo de J, esto de tal forma que se permitiera resguardar su identidad como un criterio ético.

Siete de ellos eran atendidos en la clínica de Emociones (pacientes C -piloto-, A, H, JC, D, Rd y K), y cuatro pertenecían a la clínica de Conducta (paciente J, R, S y Q) por haber ingresado a la institución con un diagnóstico base de TDAH; sin embargo, posteriormente se identificó comorbilidad con un Trastorno de ansiedad por lo que se autorizó su envío al servicio.

Participaron además los cuidadores primarios de los niños (madre, principalmente, ambos padres o abuela).

## **Instrumentos y herramientas**

### **Instrumentos.**

1. Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada - 2 (CMASR-2) (Reynolds y Richmond, 2012). Este instrumento posee un alfa de Cronbach de 0.87 y consta de 49 reactivos con dos opciones de respuesta cada uno (Sí/No) para evaluar el nivel y naturaleza de la ansiedad de niños de entre 6 y 19 años de edad. Los reactivos se organizan en dos escalas: Validez y Ansiedad. En la Escala de Validez se encuentra el Índice de Respuestas Inconsistentes (INC) y la Escala de Defensividad, con 9 reactivos cada una; mientras que para la Escala de Ansiedad, se encuentran la Escala de Ansiedad Total, con 40 reactivos, compuesta por la Escala de Ansiedad Fisiológica (12 reactivos), Inquietud (16 reactivos) y Ansiedad Social (12 reactivos). Los puntos de corte para las escalas de este instrumento se muestran en la Tabla 2. Su estandarización mexicana se realizó en el año 2012 por Patricia Corona Duarte.

Tabla 2  
*Puntos de corte para las escalas del CMASR-2*

Puntuación natural	Descriptor
71 y mayor	Extremadamente problemático
61-70	Moderadamente problemático
40 a 60	No más problemático que para la mayoría de los estudiantes
39 y menor	Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes

*Nota:* En esta tabla se muestran los puntos de corte para el CMASR-2 de acuerdo con la estandarización mexicana (2012).

2. Escala de Ansiedad para niños de Spence (SCAS) (Spence, 1997; Hernández-Guzmán et al., 2010). Versión en español para México. Instrumento de autoinforme que mide ansiedad en niños de entre 8 y 12 años de edad y que consta de 44 reactivos que se catalogan en seis factores: Ataque de pánico (9 reactivos), Ansiedad por separación (6 reactivos), Fobia social (6 reactivos), Miedo al daño físico (5 reactivos), Trastorno Obsesivo Compulsivo (6 reactivos), Ansiedad generalizada (6 reactivos). Posee un Alfa de Cronbach de 0.88. Las posibilidades de respuesta de las que consta el instrumento corresponden a una escala tipo Likert de 4 opciones: Nunca, A veces, Muchas veces y Siempre. Cada una de las respuestas se transforma en puntuaciones de 0, 1, 2 y 3 respectivamente para posteriormente realizar el conteo total para cada una de las escalas. La sumatoria de las puntuaciones arrojadas en los factores corresponderá al valor de la ansiedad total. Los puntos de corte para medir el grado de ansiedad arrojada no están estandarizados, únicamente se expresan en términos de sintomatología alta, moderada y baja. Para fines de este documento se dividieron las puntuaciones totales de los factores en estos 3 niveles para facilitar su distribución, las cuales se expresan en la Tabla 3.

Tanto el CMASR-2 como el SCAS están compuestos de diferentes escalas cuya definición permite comprender el elemento de la ansiedad que se está midiendo. La Tabla 4 expresa sus abreviaturas y definiciones consideradas por cada instrumento.

### **Herramientas.**

1. Formato de Registro Conductual Diario. Elaborado en forma de Carnet para los cuidadores de los niños participantes (Anexo 1). Se les pidió que registraran la ocurrencia de los eventos asociados a la ansiedad observada en los niños, su intensidad y su descripción general, mediante el llenado de columnas como: fecha, ¿qué pasó? y ¿qué tan fuerte fue? Se les solicitó lo llevaran consigo a lo largo del día para anotar dicha información al momento de la ocurrencia.

2. Juegos. Se usaron diferentes juegos de mesa con los niños a lo largo del proceso, los cuales fueron:

Pingüinos en el hielo: Juego de estrategia de la marca Smart Games, que consiste en deslizar piezas irregulares en un tablero de tal manera que se logre el acomodo propuesto por tarjetas, las cuales tienen niveles de dificultad creciente.

Tabla 3  
Puntos de corte considerados para el SCAS

Factor	Puntuaciones Naturales	Descriptorios
Ataque de Pánico/Agorafobia	19-27	Sintomatología alta
	10-18	Sintomatología moderada
	1-9	Sintomatología baja
Ansiedad por Separación	13-18	Sintomatología alta
	7-12	Sintomatología moderada
	1-6	Sintomatología baja
Fobia Social	13-18	Sintomatología alta
	7-12	Sintomatología moderada
	1-6	Sintomatología baja
Miedo al Daño Físico	11-15	Sintomatología alta
	6-10	Sintomatología moderada
	1-5	Sintomatología baja
Trastorno Obsesivo Compulsivo	13-18	Sintomatología alta
	7-12	Sintomatología moderada
	1-6	Sintomatología baja
Ansiedad Generalizada	13-18	Sintomatología alta
	7-12	Sintomatología moderada
	1-6	Sintomatología baja
Ansiedad total	77-114	Sintomatología alta
	39-76	Sintomatología moderada
	1-38	Sintomatología baja

*Nota:* En esta tabla se expresa la distribución empleada en este documento de los puntos de corte de la versión mexicana del instrumento SCAS (Hernández-Guzmán et al., 2010).

Brick by Brick: Juego de estrategia de la marca ThinkFun que consiste en acomodar piezas en simulación de ladrillos organizados de forma irregular, para cumplir con el objetivo de acomodo señalado en tarjetas, las cuales están graduadas por dificultad.

Shape by Shape: Juego de estrategia de la marca ThinkFun en el que se acomodan piezas pequeñas –triángulos, cuadrados, rombos, romboides- de color amarillo y rojo en un tablero de manera que se iguale una figura y un fondo señalado en tarjetas graduadas por dificultad.

Torre de Hanoi: Se realizó mediante el trazo de 3 círculos alineados de forma horizontal en una hoja de papel y el uso de monedas de diferente denominación –\$10, \$5, \$2, \$1, ¢50, ¢10-.

Tabla 4

*Definiciones de las escalas del CMASR-2 y SCAS*

Instr.	Escala	Abrev.	Definición	Instr.	Escala	Abrev.	Definición
C M A S R - 2	Ansiedad Total	TOT	Sumatoria de las puntuaciones naturales totales de FIS, INQ y SOC.	S C A S	Ataque de Pánico	AP	Reacciones ansiosas que surgen sin un estímulo aparente previo, asociadas a reacciones físicas: “de repente mi corazón late muy rápido sin razón”.
	Defensividad	DEF	Disposición del examinado de aceptar las imperfecciones comúnmente experimentadas.		Ansiedad por Separación	AS	Reacciones ansiosas relacionadas con la separación del cuidador principal: “sentiría temor si me quedara solo en casa”.
	Índice de Respuestas Inconsistentes	INC	Mide la confiabilidad en las respuestas que el evaluado otorga al dar las mismas respuestas en los reactivos redactados de forma similar.		Fobia Social	FS	Manifestaciones de la ansiedad relacionadas con las situaciones sociales o de evaluación del desempeño: “me da miedo presentar un examen”.
	Ansiedad Fisiológica	FIS	Síntomas de ansiedad cuya expresión es física u orgánica: “me sudan las manos”.		Miedo al Daño Físico	MDF	Reacciones asociadas a situaciones que aparentemente ponen en peligro al individuo: “me da miedo la obscuridad”.
	Inquietud	INQ	Variedad de manifestaciones ansiosas de tipo obsesivo: “muchas veces me preocupa que algo malo me pase”.		Trastorno Obsesivo Compulsivo	TOC	Ideas recurrentes de tipo obsesivo que el individuo presenta: “no dejo de pensar en cosas malas o tontas”.
	Ansiedad Social	SOC	Reacciones ansiosas surgidas ante situaciones sociales o de desempeño: “tengo miedo de que los demás se rían de mi durante la clase”.		Trastorno de Ansiedad Generalizada	TAG	Reacciones ansiosas como un estado general y cotidiano del paciente, por ejemplo: “soy muy nervioso”.

*Nota:* En esta tabla se representan las definiciones de cada una de las escalas consideradas por ambos instrumentos.

Instr.: Instrumento.

Abrev.: Abreviación

El juego consiste en acomodar las monedas de mayor a menor tamaño en el círculo de la izquierda, iniciando con tres y luego agregando una a una para aumentar dificultad. El objetivo es pasar dicha torre al último círculo, pasando solo una moneda a la vez y colocando siempre una más pequeña encima de una grande.

Para este fin se puede hacer uso de los tres círculos y, de forma opcional, se puede solicitar el empleo del menor número de movimientos posible, pero para este caso esta regla se omitió.

Cubo de madera: Es un rompecabezas compuesto por figuras pequeñas de madera realizadas de forma irregular. El objetivo es construir un cubo acomodándolas de tal modo que embonen entre sí.

Figurix: Juego de la marca Ravensburger que consiste en un tablero que contiene dibujos: una figura –conejo, cuervo, trébol, etcétera-, alrededor de ella, un círculo coloreado con amarillo, azul o rojo que constituye el fondo, y alrededor otro círculo en forma de contorno iluminado de los mismos colores. Al inicio del juego se otorgan tres fichas de un solo color a cada uno de los jugadores. Por turnos, se lanzan tres dados, cada uno contiene una de estas características y el jugador que encuentre primero dicha combinación, coloca su ficha. Quien las concluya primero, gana.

Lince: Juego de la marca Montecarlo que consiste en un tablero que contiene dibujos de figuras pequeñas y tarjetas por separado del mismo tamaño. El juego consiste en escoger tres tarjetas y buscarlas rápidamente en el tablero. Quien encuentre primero alguna de ellas, se queda con la tarjeta, y quien obtenga mayor cantidad, gana.

3. Imagen de 15 cm. aproximadamente de los personajes de la película *Intensa-Mente*.

4. Imágenes impresas a blanco y negro de asaltantes obtenidas de la web, las cuales contenían sus caras y su medio cuerpo.

5. El pastel de la responsabilidad: Piezas de unicel en forma de rebanadas de diferentes colores y tamaños que al juntarlas conforman un círculo. Cada pieza corresponde a un elemento que influye en la ocurrencia de alguna situación. Se escriben los nombres de

estos elementos en trozos pequeños de papel y se acomodan en las rebanadas de acuerdo con el tamaño o peso que presentan en la manifestación del evento.

6. Disfraces: Peluca blanca, reboso, collares de colores, diadema de reno, cola de diablo.

7. Papelería: hojas blancas de papel, lápices, goma, sacapuntas, colores.

## **Procedimiento**

Este trabajo se realizó en el servicio de Psicoterapia Cognitivo Conductual del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, en la Ciudad de México. Fue registrado como proyecto de investigación titulado “Intervención Cognitivo Conductual para niños escolares con Trastornos de ansiedad. Estudio piloto” con clave de registro PI3/01/0415 aprobado por la Comisión de Investigación y el Comité de Ética en Investigación de dicha institución.

De acuerdo con las condiciones institucionales marcadas y los manuales de procedimientos, estos niños estaban ingiriendo el tratamiento farmacológico que su médico les indicó a lo largo de la atención psicoterapéutica, a excepción de uno de ellos –estudio piloto- pues su madre decidió no llevarlo a cabo.

El estudio piloto se realizó con un solo caso para detectar viabilidad en la intervención planeada y para realizar los ajustes pertinentes para los casos subsecuentes que ingresarían al programa. Fue el primer paciente referido al servicio posterior a la aprobación del protocolo de investigación por parte de los comités de Ética e Investigación del Hospital que cumplía con los criterios de inclusión.

Todo el procedimiento se realizó de manera individual con el niño y con sus respectivos cuidadores, y se aplicó a cada caso de nuevo ingreso que cumpliera con dichos criterios. Las sesiones se llevaron a cabo una vez por semana, cada una con una duración de 60 minutos. El programa tuvo una duración total de 19 sesiones, ajustado a cada caso de acuerdo con la problemática presentada.

Se identificaron los casos de nuevo ingreso a la institución que cumplieran con los criterios de edad y diagnóstico de algún Trastorno de ansiedad, y posteriormente se pidió su

canalización al servicio de Psicoterapia Cognitivo Conductual. Después del estudio de su expediente clínico, se citó a los cuidadores primarios mediante una llamada telefónica para realizarles una entrevista filtro y corroborar el padecimiento del menor. Se procedía entonces a dar inicio a lo siguiente:

### **Fase I. Evaluación.**

Sesión 1 a 3 (3 sesiones).

En la primera sesión se realizó una entrevista semiestructurada a los papás en ausencia del niño para obtener información general del caso, factores asociados a la psicopatología, intensidad, frecuencia y duración de los síntomas, así como el manejo realizado al respecto y los intentos de solución. Al finalizar esta sesión se les invitó a participar en el estudio proporcionándoles los formatos de consentimiento y asentimiento informados (Anexo 2), en donde se les explicó el motivo del estudio, los procedimientos a realizar, los criterios de confidencialidad, la declaración de riesgos mínimos y los beneficios que se pudieran obtener. Una vez firmado, se les solicitaba su participación para el llenado del Formato de Registro Conductual Diario –Carnet- (Anexo 1), en donde anotaban la ocurrencia de todos y cada uno de los eventos asociados a la ansiedad, su intensidad y su descripción general, lo que permitió el establecimiento de la Línea Base y su evaluación continua. Éste se recogía al inicio de cada una de las sesiones llevadas a cabo a lo largo de todo el proceso, tanto en fase de evaluación como de tratamiento, registrándose en una bitácora de la terapeuta a fin de realizar un monitoreo cercano de la frecuencia de las conductas a medir.

En la segunda sesión, se realizó una entrevista semiestructurada al niño en ausencia de sus padres para obtener mayor información respecto a situaciones disparadoras de ansiedad, así como pensamientos y emociones asociadas. En ésta, se comenzó por comentar el motivo de consulta, y si el niño lo permitía, se continuaban haciendo preguntas para obtener mayor claridad. Después se le pedía que realizara el dibujo de una familia y que lo coloreara, para posteriormente realizar preguntas indirectas acerca de la dinámica familiar, las emociones de los miembros y su forma de manifestarlas. Si el tiempo de la sesión lo permitía, se continuaba por jugar algún juego de mesa que permitiera continuar observando el comportamiento del menor.

En la tercera sesión, se aplicaron al niño los dos instrumentos de evaluación elegidos: CMASR-2 y SCAS, y se continuaba con situaciones de juego que permitieran continuar recabando información respecto a la ansiedad manifiesta y observar su comportamiento.

## **Fase II. Tratamiento Cognitivo Conductual.**

Sesiones 4 a 17 (13 sesiones de tratamiento y 1 de cierre).

La sesión 4 se dedicó a brindar psicoeducación únicamente a los cuidadores primarios, en donde se les dio una explicación verbal al respecto de las causas y manifestaciones de la ansiedad que su hijo estaba presentando, retroalimentándoles lo observado durante la Fase I del procedimiento y otorgando de manera muy general algunas estrategias y sugerencias del manejo que se llevarían a cabo durante la Fase II, mencionándoles de manera sencilla el papel del pensamiento en las emociones y conductas, a qué se refiere la reestructuración cognitiva y el porqué de su importancia, así como la funcionalidad de los ejercicios realizados en terapia y la importancia de practicarlos en casa.

A partir de la sesión 5, las sesiones comenzaban dedicando los primeros y los últimos 10 minutos de cada una tanto al niño como a sus cuidadores primarios. En los 10 minutos iniciales se pedía el Formato de Registro Conductual Diario (Carnet) para observar las anotaciones realizadas al respecto de la ansiedad, y se les cuestionaba por la forma en cómo lo manejaron, por lo que se les brindaba retroalimentación y se resolvían algunas dudas. En los 10 minutos finales, el niño explicaba a su cuidador lo aprendido durante la sesión, la terapeuta resolvía dudas y les dejaba de tarea aplicar lo aprendido al menos a una situación cotidiana. Se solicitaba nuevamente el llenado del Carnet durante la semana.

En todos los casos se entrenaba a los padres en el manejo de contingencias a través del reforzamiento y las consecuencias positivas y negativas ante el comportamiento del menor, así como el sistema de economía de fichas en los casos que lo requerían.

Los 40 minutos restantes de las sesiones 5 a la 16 fueron dedicados al niño, en donde aprendía estrategias cognitivo conductuales que le enseñaron cómo disminuir la ansiedad que presentaba.

Se iniciaba el tratamiento con una psicoeducación al respecto de la ansiedad, en donde se hacía referencia a la película *Intensa-Mente* para ubicar a los personajes, nombrándolos *Emociones* e identificando su función. Se realizaba verbalmente un resumen de la película y se usaba una imagen de los personajes principales para recordarlos mejor. A quienes no la habían visto, se les pedía que durante la semana próxima la vieran para comentarla la siguiente sesión. Se introducía a la *Ansiedad* como otra emoción que no aparece en la película pero que está relacionada particularmente con *Temor* al proteger al individuo del peligro, la cual podía ser *buena* o *mala* dependiendo de si la situación temida era real o imaginaria. Luego de identificarla, se les pedía que dibujaran al personaje *Ansiedad* y que en la misma hoja se dibujaran a sí mismos. Se les explicaba verbalmente el circuito de falsa alarma en donde *Ansiedad* aprieta el botón de *peligro* y hace que se prenda una luz roja, por lo que el cuerpo comienza a reaccionar mediante sensaciones físicas. Se les pedía que las identificaran en sí mismos y las colorearan con color rojo. Además, se identificaban algunas frases que *Ansiedad* puede decir al apretar el botón y se ideaban algunas otras que pudieran funcionar para calmarse, tales como “calma todo está bien”, “tranquilo, estás en un lugar seguro”, las cuales eran asociadas a cerrar los ojos, decirlas en voz alta y acariciarse sus manos.

En las sesiones próximas de tratamiento, las estrategias llevadas a cabo eran adecuadas a la problemática de cada caso, por lo que el orden en las que se aprendían era variable.

El niño se entrenaba en técnicas de relajación, particularmente respiración diafragmática y relajación autógena. En la primera de ellas se acostaba en un tapete y se le colocaba una caja de Kleenex en su estómago; se le pedía que cerrara sus ojos y adoptara una posición lo más cómoda posible “como si fuera muñeco de trapo”; luego se le pedía imaginara que su estómago era un globo y al meter aire lentamente por la nariz éste se inflaba, y para desinflarlo, debía sacar el aire lentamente por la boca. Se le pedía que observara si la caja de Kleenex se estaba moviendo de arriba abajo conforme a su respiración y al movimiento de su estómago; si esto ocurría significaba que lo estaba realizando de forma correcta. Este procedimiento se realizaba varias veces hasta notar que el niño lo había aprendido.

En la segunda, se le pedía que cerrara sus ojos y adoptara una posición cómoda, al tiempo que se le iba guiando para colorear en su imaginación con rojo las partes de su cuerpo que sentían ansiedad. Posteriormente sus manos irían recogiendo esas sensaciones coloreadas hasta tenerlas en forma de masa, y mediante su imaginación, poco a poco iría compactándola hasta quedar lo más pequeña posible, para posteriormente tirarla con gran fuerza en un bote de basura imaginario. Las partes de color rojo entonces eran sustituidas por color blanco que proporcionaba tranquilidad y calma. Este procedimiento era similar para generar sensaciones de calor en sus manos y secarlas cuando estaban sudando.

Otra estrategia fue la identificación del papel del pensamiento mediante la realización del dibujo de una mariposa y una oruga, los cuales eran identificados como agradable y desagradable respectivamente. Luego de ello, se le proporcionaba algunas frases que se tenían que clasificar en ambos tipos, correspondientes a pensamientos distorsionados y realistas. Se le pedía que ideara algunos ejemplos ante situaciones disparadoras de ansiedad que se sabía particularmente estaba presentando, y se le pedía que los dibujara. Otra forma fue dibujar un jardín de pensamientos, en donde el pasto correspondía a la situación detonadora de ansiedad, luego crecían flores –marchitas y no–dependiendo el pensamiento oruga o mariposa asociado, para posteriormente contar cuántas flores marchitas había y cómo podía lograr más flores del otro tipo. Asociado a ello, cuando los pensamientos oruga eran rumiativos, se le entrenaba en la técnica de detención de pensamiento *Alto*, la cual consistía en decir en voz alta y firme esta palabra y dar un golpe sobre la mesa, al tiempo que se dirige la conducta hacia la respiración diafragmática.

El entrenamiento en autoinstrucciones y autoafirmaciones positivas se realizaba mediante el uso de algún juego de estrategia, en donde se le pedía que verbalizara en voz alta todo lo que estaban pensando y planeara cada uno de sus movimientos para lograr el objetivo propuesto. Esto se aplicaba a situaciones en donde la ansiedad se manifestaba, de tal manera que pudiera guiar su propio pensamiento a otras acciones y así evitar tener pensamientos negativos y rumiativos que la mantuvieran. Además, se modelaban los pensamientos negativos, por lo que el niño debía detener el juego, respirar diafragmáticamente y decirse frases positivas tales como “yo puedo”, “voy a hacer mi mejor esfuerzo”, “estoy haciendo un gran trabajo”. Cuando lo hacía, se provocaba

intencionalmente su éxito en el juego como un reforzador positivo por realizar este procedimiento.

Las estrategias empleadas para modificar las distorsiones estaban relacionadas con la comprobación de los pensamientos oruga o negativos para su fundamentación en la realidad. Así, se realizaban ejercicios tales como las encuestas a las demás personas, la investigación en medios electrónicos que permitieran comparar sus ideas respecto a lo que en realidad ocurre en la vida, los ejercicios contra la vergüenza, verificar creencias respecto a lo que en realidad sucede, así como analogías en donde se le explicaba situaciones familiares vividas comúnmente de las cuales buscaba tener el control para resolverlas.

Ejemplos de ello fueron las siguientes: Disfrazarse junto con la terapeuta haciendo uso de objetos llamativos como la peluca, el reboso, la diadema de reno, etcétera, y recorrer las instalaciones de la institución, observando las reacciones de la gente; salir a preguntar a los demás (realización de encuestas) si alguna vez se han equivocado y cómo se han sentido, así como la referencia de alguna ventaja respecto a los errores; ir a verificar al baño si en realidad había gente muerta encadenada como el niño creía; dejar los objetos de una forma específica, tomarle una fotografía, dejar pasar un tiempo y después tomarle otra para comparar el antes y el después y diferenciar si realmente los objetos se mueven solos como él pensaba; cargar objetos pesados por algún tiempo que pertenecían a otra persona, identificar las sensaciones generadas y posteriormente repartir dichos objetos a sus dueños, comenzando a delegar responsabilidades. Bajo este último objetivo, también se usó *el pastel de la responsabilidad*, en donde se acomodaba un círculo con las piezas o elementos que conformaban cualquier situación de acuerdo con su tamaño y se enfatizaba en aquellas que sí dependían de él para realizar acciones a mejorar, por ejemplo el autocuidado al salir a la calle para disminuir el riesgo de ser asaltado.

El uso del humor se empleaba mediante la realización de dibujos chistosos acerca del estímulo generador de ansiedad, por ejemplo un asaltante, un payaso o un monstruo, en donde se ridiculizaban en un dibujo mediante elementos que eran ser incompatibles con esta emoción. En algunas ocasiones y dependiendo del nivel cognitivo del paciente, el debate de las creencias se realizaba mediante el diálogo, con confrontaciones directas y además el uso del humor ante las discrepancias en su pensamiento. Se hacía uso además de

juegos de roles, modelamiento, situaciones simuladas y ensayos conductuales que permitieron aterrizar lo aprendido a situaciones cotidianas.

En la sesión 17, se programó el cierre del tratamiento y se realizó con el paciente de forma más específica un listado de los ejercicios llevados a cabo en las sesiones y las conclusiones a las que se llegaron. Se le pidió que este listado lo tuviera en casa pegado en algún lugar visible, para que en caso de que sintiera nuevamente ansiedad pudiera acudir a él y recordar qué hacer para poder afrontarlo de la manera más óptima. Asimismo, se le pidió a los padres continuaran aplicando diariamente y ante cualquier situación, las estrategias que ellos mismos aprendieron a lo largo del tratamiento para de esa manera poder fortalecerlas como hábitos. Además, se realizaba la primera medición del postest mediante la aplicación de los instrumentos CMASR-2 y SCAS y se proporcionaba el encuadre para la Fase III Seguimiento a la cual se daría inicio transcurrido un mes.

### **Fase III. Seguimiento.**

Sesiones 18 y 19 (2 sesiones).

La sesión 18 se programó a un mes después de concluido el tratamiento, y la 19 se realizó pasado un mes más. Los primeros 25 minutos de ambas se dedicaron tanto a los cuidadores primarios como al niño para realizar una entrevista no estructurada y cuestionar si los cambios se mantuvieron a lo largo del tiempo, así como las dificultades experimentadas y su retroalimentación y resolución de dudas. Se recogía el Registro Conductual Diario para anotar en la bitácora los episodios de ansiedad tenidos durante las semanas que no se tuvo sesión. En los 35 minutos restantes se realizó una entrevista no estructurada únicamente con el niño para conocer qué había pasado durante el tiempo en el que no se tuvo sesión terapéutica y cómo lo enfrentó y/o solucionó. En ambas sesiones se realizaron la segunda y tercera aplicación de los postest respectivamente, mediante el CMASR-2 y el SCAS.

### **Consideraciones éticas**

Dado que el estudio incluyó una intervención, se considera que es de riesgo mínimo, pues se sugirieron modificaciones cognitivas y comportamentales para incidir en los

factores causales de la ansiedad, además de que se requirió de la ayuda activa tanto de sus cuidadores primarios como de los niños para realizar las estrategias planteadas y la realización de tareas activas en casa, enfrentándose a las situaciones generadoras de ansiedad con previo ensayo y aprendizaje de las herramientas procurando que el impacto emocional fuera el menor posible. Es destacable agregar que se resguardó con sumo cuidado la identidad y confidencialidad de los datos obtenidos y del paciente mismo a lo largo del proceso, respetando el derecho de los participantes para abandonarlo en el momento en el que así lo decidieran.

## Resultados

En el periodo comprendido entre mayo de 2015 y enero de 2016 fueron referidos 25 pacientes al servicio de Psicoterapia Cognitivo Conductual por contar con las características relativas al trastorno y edad establecidas por el proyecto. Se registró muerte experimental para dos de ellos a causa del nulo apego al tratamiento; la primera de ellas por una madre diagnosticada con Trastorno Depresivo Mayor con intentos suicidas recurrentes, y la segunda, porque el objetivo del tratamiento no cubría con las altas expectativas y sobre-exigencias de los padres del paciente, por lo que presentaron múltiples inasistencias hasta darlos de baja del servicio. Se decidió no integrar a 12 pacientes de los 25 totales por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos, pues presentaban una fuerte comorbilidad con Trastornos Depresivos y al realizar la evaluación psicológica se detectó que el diagnóstico de base era éste y no el Trastorno de ansiedad, lo que implicaba realizar grandes ajustes al tratamiento propuesto; sin embargo, se brindó la atención psicológica ordinaria como lo está estipulado por la institución. Así, lograron ser incluidos 11 niños (un piloto y 10 réplicas) los cuales concluyeron el tratamiento y fueron dados de alta del servicio.

En la Tabla 5 se muestran las características generales de los participantes para fines de identificación. En ésta se puede observar que a pesar de que todos los pacientes compartían la característica de manifestar un Trastorno de ansiedad, 10 de los 11 presentaron comorbilidad con algún otro trastorno. Del total, ocho participantes fueron diagnosticados con Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) + Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), constituyéndose la comorbilidad más frecuente. De igual forma, el cuidador primario participante de mayor recurrencia fue la madre, pues nueve de los niños eran cuidados por ella principalmente; en solo uno de los casos acudieron ambos padres y en otro acudió la abuela materna. En las enfermedades de los cuidadores primarios, cuatro no cuentan con un diagnóstico psiquiátrico formal y otros cuatro presentan alguna enfermedad psiquiátrica, principalmente relacionada con trastornos afectivos.

Tabla 5  
Características de los participantes

Part.	Edad	Dx Psiq.	Tratamiento Farmacológico	CP	Edad CP	Esc. CP	Enf. CP
<b>C</b> (Piloto)	10	TAG y TAS	Ninguno por decisión de la madre	Madre	28	CT	S/D
<b>R</b>	9	TDAH, TMAE, TMAD y EN	Atomoxetina 40mg 1-0-0 Hidroxicina 10mg 1-0-0 ↑ Sertralina 50mg 1-0-0	Madre	34	Sec.	Deficiencia auditiva
<b>S</b>	10	TDAH, TAG, AS, EN	Metilfenidato 36mg 1-0-0 Risperidona 2mg 0-0-1/2 ↓	Madre	40	Sec.	Ts. Depresivo Mayor
<b>Q</b>	9	TDAH y TAG	Metilfenidato 36mg 1-0-0 Sertralina 50mg 1-0-0	Madre	34	Sec.	S/D
<b>J</b>	11	TDAH, TAG, TAS, Ts, aprendizaje	Metilfenidato 27mg 1-0-0 Sertralina 50mg 0-0-1	Madre	35	CT	S/D
<b>A</b>	10	TDAH, TAG, EDM	Atomoxetina 60mg 1-0-0 ↑ Escitalopram 10mg 0-0-2 ↑ Hidroxicina 10mg 1-0-1 ↑	Madre	37	BI	Vitiligo
<b>H</b>	10	TDAH, TAG, TAS, EDM	Metilfenidato 20mg 1½-0-0 ↑ Fluoxetina 20mg 0-½-1 ↑	Madre	34	Sec.	Síntomas ansiosos y Depresivos
<b>JC</b>	10	TDAH y TAG	Sertralina 50mg 1-0-0 ↑↓ Metilfenidato 36mg 1-0-0 ↑	Abuela	56	Prim.	S/D
<b>D</b>	8	TDAH, TAG y TAS	Fluoxetina 50mg 2-0-0 ↑ Metilfenidato 10mg 1-1-0 Hidroxicina 0-0-1 ↓	Mamá y Papá	44 y 38	Sec.	Ts. de Angustia (madre)
<b>Rd</b>	10	TAG	Sertralina 50mg 0-0-2 ↑↓	Madre	48	Bach.	Hipotiroidismo y Colitis
<b>K</b>	8	TDAH, TAG y Obesidad	Fluoxetina 20mg 0-0-1 Metilfenidato 10mg 2-1½-0 ↑	Madre	46	Sec.	Ts. Depresivo Mayor
<b>10 Varones 1 mujer</b>	$\bar{X} = 9.5$ $M_0 = 10$	$M_0 =$ TAG y TDAH	$M_0 =$ Sertralina y Metilfenidato	$M_0 =$ Madre	$\bar{X} = 39.5$	$M_0 =$ Sec.	$M_0 =$ S/D

Nota: Esta tabla muestra las características de los participantes para su identificación. Con letra *cursiva* se señala a las participantes mujeres, y el resto corresponde a los hombres. La fila sombreada muestra la medida de tendencia central de mayor relevancia de acuerdo con la columna correspondiente.

Part.: Participantes

Dx. Psiq.: Diagnóstico Psiquiátrico

Sx: Síndrome

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

CP: Cuidador Primario

Enf.: Enfermedades

S/D: Sin Diagnóstico formal

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada

EN: Enuresis Nocturna

AS: Abuso Sexual

Ts: Trastorno

TAS: Trastorno de Ansiedad por Separación

EDM: Episodio Depresivo Moderado

Bach.: Bachillerato

Esc.: Escolaridad

↑ Incremento de medicamento

Sec.: Secundaria

BI: Bachillerato Inconcluso

Prim.: Primaria

TMAE: Trastorno Mixto del Aprendizaje Escolar

$M_0$ : Moda

$\bar{X}$ : Media

CT: Carrera Trunca

↓ Disminución de medicamento

Sin embargo, de los cuatro que no contaron con él, dos reportaban síntomas ansiosos o depresivos en su discurso y en la forma de actuar con el niño, al ser sobreexigentes, preocuparse en exceso por el bienestar de su hijo, sobreprotegerlo, además del reporte verbal de llorar frecuentemente y de no disfrutar de las actividades cotidianas, entre otras.

Los antecedentes heredofamiliares y las historias de desarrollo de los niños manifestaron variables que influían de forma importante en la generación y mantenimiento de los síntomas. Por ello, pese a que todos estaban diagnosticados con algún Trastorno de ansiedad, éste no era el mismo para todos los casos, pues las situaciones disparadoras, las reacciones conductuales y emocionales de los niños, su topografía, así como el manejo llevado a cabo por los cuidadores primarios, era diferente en todos (para observar de forma más detallada las diferencias en cada uno, véase Anexos 3 al 13 Mapas Clínicos de Patogénesis).

Tomando en cuenta lo anterior, se implementó un protocolo de investigación que permitió flexibilidad en su aplicación, por lo que las estrategias de tipo cognitivo conductual fueron adaptadas a cada caso, existiendo diferencias en el número de sesión en el que se llevaban a cabo, la forma en cómo se ponían en práctica y los recursos empleados para lograr los objetivos.

### **Estudio piloto**

Para este caso, la Fase I. Evaluación se realizó de forma distinta a la señalada en el apartado de Método de este documento, pues se comenzó con la entrevista al menor y posteriormente a la madre, además de que se incluyeron 4 sesiones y únicamente se aplicó el instrumento CMASR-2 para la medición de la ansiedad, entre otras modificaciones.

Se trató de paciente masculino de 10 años de edad con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada, con presencia de gastritis y colitis nerviosas, vómitos y dolores de cabeza frecuentes, pesadillas e hiperfagia ansiosa, asociados al miedo recurrente a estar solo, “pienso que se me pueden aparecer los payasos y llevarme” (sic. pac.) Solicitaba frecuentemente que su madre estuviera cerca ante tareas de autocuidado como bañarse o dormir; pedía que lo llevara con ella cuando tenía que salir. En cuanto al desempeño

escolar, se exigía obtener siempre 10 y ser el mejor de la clase. Atribuía estos síntomas a una característica suya desde pequeño que correspondía a “una costumbre” (sic. pac.) Para profundizar en las características del caso véase Anexo 3. Mapa Clínico de Patogénesis Estudio Piloto.

La Figura 3 muestra los resultados obtenidos a lo largo del proceso de tratamiento llevado a cabo con este paciente.

Figura 3  
*Presencia de ansiedad a lo largo del proceso para el estudio piloto*

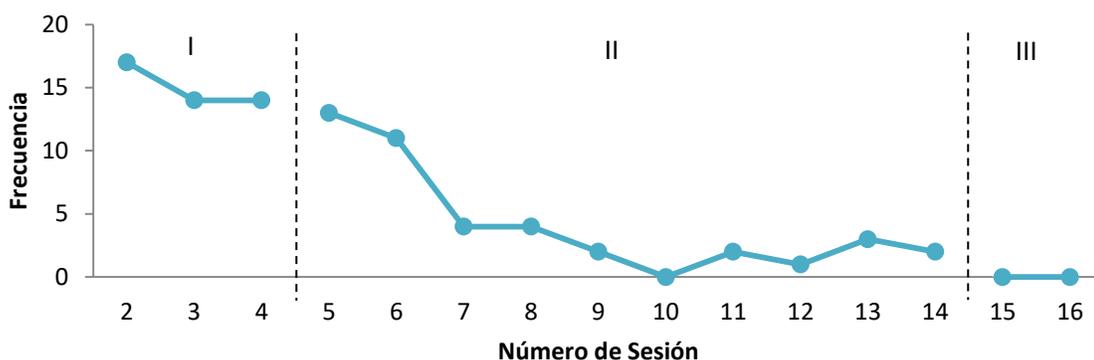


Figura 3: La línea azul muestra el número de veces que el niño se sentía ansioso durante cada sesión a lo largo del proceso registrado de acuerdo con la observación de la madre.

En esta Figura se observa el número de registros que la madre proporcionaba en cada sesión de acuerdo con las observaciones que realizaba del comportamiento del menor. Sin embargo, el tiempo transcurrido entre una y otra en ocasiones no era semanal, pues a veces se otorgaba cita cada quince días porque no podían acudir a la institución. A pesar de la temporalidad, en la gráfica se puede observar la disminución de los episodios de ansiedad presentados, identificándose que en la Fase II Tratamiento, la frecuencia pasó de estar en 14 puntos hasta llegar a 2 en la sesión 14. Los seguimientos se realizaron a las 2 semanas de concluido el tratamiento y posteriormente al mes, en donde los episodios de ansiedad ya no se presentaron.

En Tabla 6 se muestra el listado de actividades realizadas en cada una de las sesiones a lo largo del tratamiento y la fecha en la que se llevaron a cabo. Al término de éste, el menor fue capaz de darse cuenta de la importancia del papel del pensamiento en la generación de sus miedos y sus preocupaciones ante diferentes situaciones cotidianas,

haciendo uso de estrategias tales como el uso del humor y la distracción del pensamiento, así como la relajación autógena, para poder regular sus emociones. Se dio cuenta de que la estabilidad temporal de sus miedos era generada por su creencia de que éstos eran incontrolables y se manifestaban como costumbres adquiridas desde pequeño. Conforme fue aplicando las herramientas aprendidas en terapia, logró modificar esta idea. A decir de la madre y según comentarios realizados por la abuela en casa, la conducta de hiperfagia ansiosa disminuyó y la gastritis y colitis fueron mayormente controladas.

**Tabla 6**  
*Fecha y listado de actividades para las sesiones de tratamiento del estudio piloto*

Fase	Núm. Sesión	Fecha	Actividades
Evaluación	1	20 Ene 2015	Entrevista con el menor
	2	03 Feb 2015	Entrevista con la madre
	3	24 Feb 2015	Pretest: Aplicación CMASR-2
	4	03 Mar 2015	Entrevista con el menor. Situación simulada (examen)
Tratamiento	5	10 Mar 2015	Psicoeducación a la madre
	6	17 Mar 2015	Psicoeducación al menor. Debate del pensamiento. Uso del humor
	7	24 Mar 2015	Autoinstrucciones en voz alta
	8	14 Abr 2015	Imaginación guiada, papel del pensamiento
	9	21 Abr 2015	Respiración diafragmática, autoafirmaciones positivas, autoinstrucciones
	10	28 Abr 2015	Retroalimentación de avances
	11	12 May 2015	Relajación autógena
	12	19 May 2015	Aplicación de estrategias a clase de Tae Kwan Do
	13	26 May 2015	Autoafirmaciones positivas, autoinstrucciones
	14	02 Jun 2015	Cierre. Postest 1: CMASR-2
Seguimiento	15	17 Jun 2015	Primera sesión de Seguimiento. Postest 2: CMASR-2
	16	15 Jul 2015	Segunda sesión de Seguimiento. Postest 3: CMASR-2

*Nota:* Núm.: Número. Aunado a estas actividades, en todas las sesiones se brindaron estrategias psicoeducativas a la madre al respecto del manejo de la ansiedad que el niño presentaba y se les dejaron tareas en casa para practicar lo aprendido.

En la Tabla 7 se muestran los resultados del pretest y los postests llevados a cabo según los descriptores sugeridos por la prueba CMASR-2 (Reynolds y Richmond, 2012), en donde para todas las Escalas de Ansiedad se arroja el descriptor “Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes –MP-”. De acuerdo con los datos señalados, se identifica discrepancia entre la observación clínica realizada durante la evaluación, la impresión diagnóstica del médico tratante, los reportes verbales por parte de la madre del

menor y la historia clínica del caso, comparados con el descriptor sugerido por la prueba, pues en todos los anteriores se coincide con la manifestación de niveles elevados de ansiedad, al grado tal de haber sido hospitalizado en dos ocasiones por gastritis y colitis nerviosas, además de vomitar cada que manifestaba ansiedad excesiva. Por lo anterior, se decide para los casos réplica únicamente utilizar la puntuación natural de las escalas para realizar las comparaciones pretest-postest.

Tabla 7  
Resultados pretest-postest CMASR-2 del estudio piloto

Escala	Pretest		Postest 1		Postest 2	
	Punt. Nat.	Descriptor	Punt. Nat.	Descriptor	Punt. Nat.	Descriptor
INC	4	NS	1	NS	3	NS
DEF	6	I+	6	I+	6	I+
FIS	10	MP	3	MP	4	MP
INQ	6	MP	5	MP	6	MP
SOC	5	MP	1	MP	1	MP
TOT	21	MP	9	MP	11	MP

Nota: NS: No significativo.  
 I+: El niño trató de dar una imagen positiva hacia los demás.  
 MP: Menos problemático que para la mayoría de los estudiantes.  
 INC: Índice de Respuestas Inconsistentes  
 DEF: Defensividad  
 FIS: Ansiedad Fisiológica  
 INQ: Inquietud  
 SOC: Ansiedad Social  
 TOT: Ansiedad Total

En la Figura 4 se expresa la comparación entre el pretest y los dos postest del CMASR-2 llevados a cabo, tomando en cuenta las puntuaciones naturales para cada una de las escalas.

Figura 4  
Comparación pretest-postest CMASR-2 del estudio piloto

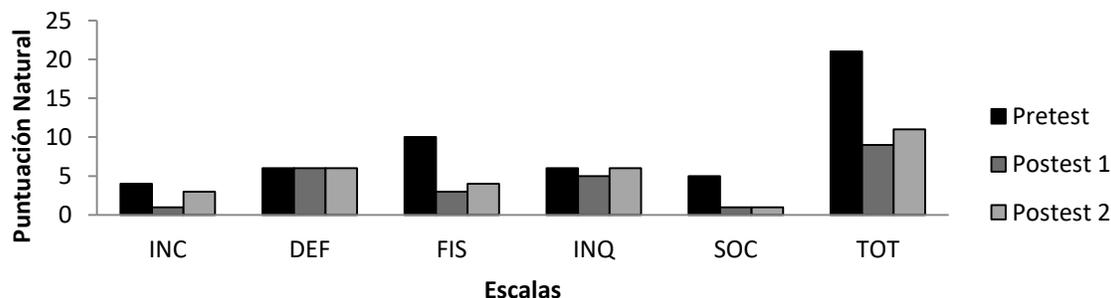


Figura 4: Esta figura expresa la comparación de las puntuaciones naturales según los datos arrojados por el CMASR-2 en el pretest y ambos postest.

En esta Figura se observa disminución para las escalas Ansiedad Fisiológica –FIS-, Ansiedad Social –SOC- y Ansiedad Total –TOT-, pues ambos posttest se redujeron incluso a la mitad en comparación con el pretest. Para FIS y TOT, en el segundo posttest se identifica un ligero aumento en la puntuación pero sin llegar a manifestarse en niveles iniciales, lo cual es esperado al finalizar el tratamiento por suponer leves recaídas pero sin llegar a ser significativas. Para la escala Inquietud (INQ), se disminuye ligeramente la puntuación en el primer posttest pero para el segundo se mantiene nuevamente en la puntuación inicial, lo cual no supone un cambio importante, al menos de acuerdo con lo medido por este instrumento.

### **Modificaciones para los casos réplica**

De acuerdo con los datos arrojados durante la realización del estudio piloto, se observaron algunas inconveniencias en el procedimiento realizado, por lo que se idearon algunos ajustes a llevar a cabo en los casos réplica, a saber:

1. En este caso, los registros que se le pedían a la madre del niño eran realizados en la mitad de una hoja de papel, y se llenaba una por cada episodio de ansiedad. En cada una de ellas se registraba la presencia/ausencia de características físicas propias de la ansiedad (véase Anexo 14. Formato de registro de ansiedad. Estudio Piloto). Dada la dificultad que para ella representaba y el tiempo que implicaba el llenado de esto, se decidió dar a los siguientes casos el Formato de Registro Conductual Diario, impreso en estilo Carnet que fuera más fácil y práctico para los papás (véase Anexo 1. Formato de Registro Conductual Diario).

2. El número de sesiones de evaluación decidió reducirse a 3, iniciando por una entrevista a la madre del niño, luego al menor, y posteriormente la aplicación de los instrumentos, por implicar mayor facilidad para estructurar la información obtenida, la formulación de hipótesis, su corroboración y la conceptualización del caso.

3. En los instrumentos de evaluación se decidió agregar otro que midiera el mismo constructo para tener mayor confiabilidad en las mediciones realizadas.

4. De acuerdo con los descriptores arrojados por el CMASR-2 y las discrepancias observadas entre éstos y la observación clínica, se decidió únicamente tomar en cuenta las puntuaciones naturales para las siguientes aplicaciones.

5. Para fines prácticos y facilitar la comprensión y el análisis, se decidió únicamente presentar las puntuaciones de las escalas totales de ambos instrumentos.

6. Pese a que este caso únicamente requirió 10 sesiones de tratamiento para la disminución de la sintomatología ansiosa presentada, existía la posibilidad de que el resto de los pacientes presentaran mayor severidad en el trastorno, por lo que se decidió incrementar el número de sesiones de tratamiento hasta 13.

7. Los periodos en los cuales se realizaron seguimientos para este caso fueron muy cortos, por lo que se tomó la decisión de realizarlos al mes y a los dos meses de finalizado el tratamiento, esto como un acercamiento para su implementación dentro de la institución con periodos de tiempo posteriormente más prolongados. Además, se identificó la necesidad de hacer una evaluación inmediatamente al concluir el proceso, para así observar la efectividad del tratamiento al momento real y el mantenimiento de ésta a través del tiempo.

8. Dado que en varias ocasiones el participante no acudía a las sesiones y los registros no tenían fecha, la gráfica de resultados fue establecida por el número de sesiones y no por el número de semanas, por lo que ésta contaba con la suma de registros obtenidos a lo largo del tiempo que no habían acudido a la sesión. Si bien a pesar de ello este caso reflejó decremento gradual, la temporalidad de los eventos es importante para poder identificar la evolución de los síntomas, por lo que el Carnet de registro de los siguientes casos contaba con una columna extra en donde los cuidadores debían anotar la fecha del evento.

### **Casos réplica**

Como parte de las condiciones y los procedimientos señalados por la institución, todos los casos réplica que formaron parte de este trabajo estuvieron bajo tratamiento médico durante el proceso de psicoterapia, el cual era diferente de acuerdo con el tipo de

medicamento indicado por el Paidopsiquiatra, la dosis inicial y terapéutica adecuada a cada uno, así como la fecha en la que se inició con su ingesta. Para facilitar el análisis, se decidió dividirlos en tres grupos de acuerdo con el efecto de la dosis inicial –o aumento- de ISRS:

1. Grupo A: Pacientes cuyo efecto de la dosis inicial o aumento del ISRS sucedió durante la Fase I Evaluación.

2. Grupo B: Pacientes cuyo efecto de la dosis inicial o aumento del ISRS sucedió durante la Fase II Tratamiento Cognitivo Conductual, sin haber ocurrido ninguno durante la Fase I Evaluación.

3. Grupo C: Pacientes que el efecto de la dosis inicial o aumento del ISRS no sucedió durante ninguna de las fases del proceso.

### **Pacientes del Grupo A.**

Los casos pertenecientes a este grupo fueron R, D, Q, A, Rd y JC quienes pese a ingerir un ISRS diferente de acuerdo con sus propias necesidades, su efecto ya sea de dosis inicial o aumento, sucedió durante la Fase I. Evaluación. Se consideró que el efecto de las dosis iniciales ocurriría pasadas entre 4 y 6 semanas a partir de su inicio, y para dosis de aumento, ocurría entre 1 a 4 semanas a partir de éste por ya existir niveles del medicamento en el organismo.

#### ***Paciente R.***

Masculino de 9 años de edad proveniente de familia integrada por madre, padre, hermanas de 13 y 17 años de edad, y él. Se refiere inhibición emocional, inseguridad, presencia de ansiedad ante el desempeño, principalmente cuando tiene que hablar en público o ante los exámenes o las tareas. No sabía leer ni escribir, frecuentemente decía frases como “es que yo no sé, yo soy un burro, mejor no lo hago” sic. madre, por lo que buscaba no participar en las actividades. Se envió al servicio de Psicopedagogía de la institución para la adquisición de habilidades académicas necesarias. Se chupaba la ropa cuando estaba nervioso, se mordía las uñas y le sudaban las manos. Presencia de enuresis nocturna. Para mayor información del caso véase Anexo 4. Mapa Clínico de Patogénesis Paciente R.

### ***Paciente D.***

Masculino de 8 años de edad al momento de su ingreso al servicio de Psicoterapia Cognitivo Conductual. Proveniente de familia integrada compuesta por padre, madre, hermana mayor de 13 años de edad y él. Trastorno de Ansiedad por Separación en remisión. Síntomas ansiosos originados a partir de la sensación de ahogo al comer una papa durante la comida, lo que originó el temor a que esto volviera a suceder por lo que dejó de comer durante semanas, únicamente tomaba agua con dificultad, lo cual se vio reflejado en la pérdida de peso. Refirió “me da miedo volver a ahogarme, qué tal si me vuelve a pasar” (sic. pac.) Así como algunos pensamientos presentes relacionados con la separación de su mamá “me da miedo que le pueda pasar algo” (sic. pac.) y algunos otros concernientes al daño físico “si me subo mucho la escalera a lo mejor me caigo, mejor no me subo” (sic. pac.) Presencia de timidez, retraimiento, emocionalmente contenido y tono de voz bajo (Véase Anexo 5 Mapa Clínico de Patogénesis Paciente D).

### ***Paciente Q.***

Masculino de 10 años de edad durante su ingreso al servicio de Psicoterapia Cognitivo Conductual. Proveniente de familia desintegrada, vivía con su madre, su hermana menor de 3 años de edad y con su familia extensa: abuela materna, tíos maternos y primos. Padres separados desde el nacimiento. Madre y abuela sobre exigentes e intolerantes ante su conducta, regaños constantes por equivocaciones. Como formas de corrección a su comportamiento por parte de su abuela se reportaron nalgadas constantes, pellizcos, patadas, entre otros; y gritos y regaños por parte de su madre. El menor refiere “no me puedo equivocar, tengo que hacerlo bien, me da miedo que mi abuela me pegue, yo ya no quiero vivir en esa casa” (sic. pac.) (Véase Anexo 6. Mapa Clínico de Patogénesis Paciente Q)

### ***Paciente A.***

Masculino de 10 años de edad al momento de su ingreso al servicio de Psicoterapia Cognitivo Conductual. Padre ausente desde los 4 años de edad. En casa vivía con su madre, su abuela materna y sus medios hermanos mayores de 20 y 16 años de edad. Presencia de pesadillas constantes, dificultad para conciliar el sueño, sudoración de manos, ronchas en la piel, se tronaba los dedos. Temor a las tarántulas al grado del llanto, por lo que no podía

quedarse en casa de su papá. Síntomas depresivos con pensamientos asociados a “estoy loco, mis papás se separaron porque yo tengo TDAH, nadie me quiere” (sic. pac.) Ansiedad ante los exámenes, susceptible a la crítica y a la burla, preocupaciones constantes porque algo malo le pase a mamá cuando llega tarde de trabajar. (Véase Anexo 7. Mapa Clínico de Patogénesis Paciente A).

### ***Paciente Rd.***

Masculino de 10 años de edad proveniente de familia integrada por padre, madre y hermano mayor de 13 años. Padre diagnosticado con Trastorno de Angustia con Agorafobia en tratamiento psiquiátrico, madre percibida a sí misma como “preocupona” y con énfasis constante en el comportamiento adecuado del niño para dar una buena impresión a los demás. Aparición de los síntomas tras varios eventos de muerte en la escuela y de un familiar, ante lo que el niño comenzó a preocuparse por la muerte de sus padres y la aparición repentina de enfermedades, como cáncer, esquizofrenia o un paro cardíaco, por lo que ante cualquier malestar físico que tuviera, por mínimo que fuera, pensaba que podría deberse a una enfermedad grave y causar la muerte. Al inicio de las sesiones negó estos síntomas, argumentando que “eso me pasaba antes pero ya no, ya nunca me preocupo”, a pesar de que su mamá reportaba que esto aún ocurría a diario. (Véase Anexo 8. Mapa Clínico de Patogénesis Paciente Rd).

### ***Paciente JC.***

Masculino de 10 años de edad, cuyo cuidador primario fue la abuela materna. Madre labora durante la mayor parte del día, padre ausente desde el nacimiento, media hermana de 2 años 6 meses de edad. Además de ellos, vive con dos tíos abuelos de 34 años de edad. Comorbilidad con TDAH. Presencia de síntomas ansiosos por temor a que algo malo les pase tanto a él como a su abuela, por ejemplo temor a los robos, al daño físico, a la muerte de mamá, así como a los temblores. Antecedente de asalto en el pesero a los 5 años de edad, abuela ansiosa mediante comentarios como “No vayas a la tienda solo, ¿qué tal que te roban?” sic. abuela; además de la muerte del papá de su media hermana cuando él tenía 7 años. Presencia de conducta evitativa al salir a la calle, a la obscuridad y al separarse de su abuela. En tareas de desempeño escolar pensaba “yo no sé, no puedo, no me sale bien” (sic.

pac.), asociado a la presencia de regaños por parte de su mamá al equivocarse y arrancarle las hojas. (Véase Anexo 9. Mapa Clínico de Patogénesis Paciente JC).

En la Figura 5 se muestra la presencia de ansiedad a lo largo del proceso para estos casos medida a través del Registro Conductual Diario, en donde se puede observar que en todos existe una disminución de los síntomas al finalizar las sesiones de Seguimiento.

En el caso de R y D, éstos se encontraban en niveles superiores a 10 veces por semana durante la Línea Base, siendo la Media aritmética ( $\bar{X}$ ) para R de 13.1 y para D de 11.6. Durante la Fase II Tratamiento, se observa una disminución considerable que para R no rebasó los valores de  $\bar{X}$ , la cual se mantuvo hasta la Fase III Seguimiento; en el caso de D, se presentó un incremento que en la semana 9 sí rebasó el valor de  $\bar{X}$  a pesar de que el primer aumento de Fluoxetina ya estaba haciendo efecto. Luego, para las semanas 28 a 31 hubo otro incremento de los síntomas, que pese a no rebasar el valor de  $\bar{X}$ , sí fue de importancia clínica, pues el menor nuevamente no quería comer y tardaba en pasarse cualquier alimento sólido, principalmente carne. Por esto, se tomó la decisión de prolongar el seguimiento hasta observar nuevamente la disminución de la ansiedad. Es relevante observar el inicio de Metilfenidato y el aumento de la dosis de Fluoxetina durante la semana 27, coincidentes con el incremento inmediato de los síntomas; sin embargo, cuando el primero fue suspendido por indicaciones del médico en la semana 31, los síntomas disminuyeron nuevamente, pues incluso la madre reportó que al día siguiente de no ingerirlo el niño volvió a comer sin dificultad. Los dos episodios reflejados en la semana 32 se debieron a la presencia de pesadillas.

Para ambos casos, pese a que el ISRS surtió efecto al inicio de la Fase I Evaluación, y para R el tratamiento estaba bajo Sertralina + Hidroxicina, los síntomas continuaban presentándose casi en los mismos niveles por aproximadamente tres semanas más, coincidiendo en que a la tercera semana del proceso comenzaron a disminuir de forma gradual. En el caso de R, a pesar de estar en niveles bajos de menos de 4 veces por semana con una tendencia a la baja, se incrementó la dosis de Hidroxicina casi al término de la Fase II Tratamiento, lo que imposibilita conocer cuál hubiera sido el curso de los niveles en condiciones estables desde un inicio.

Figura 5  
Presencia de ansiedad a lo largo del proceso de los pacientes del Grupo A

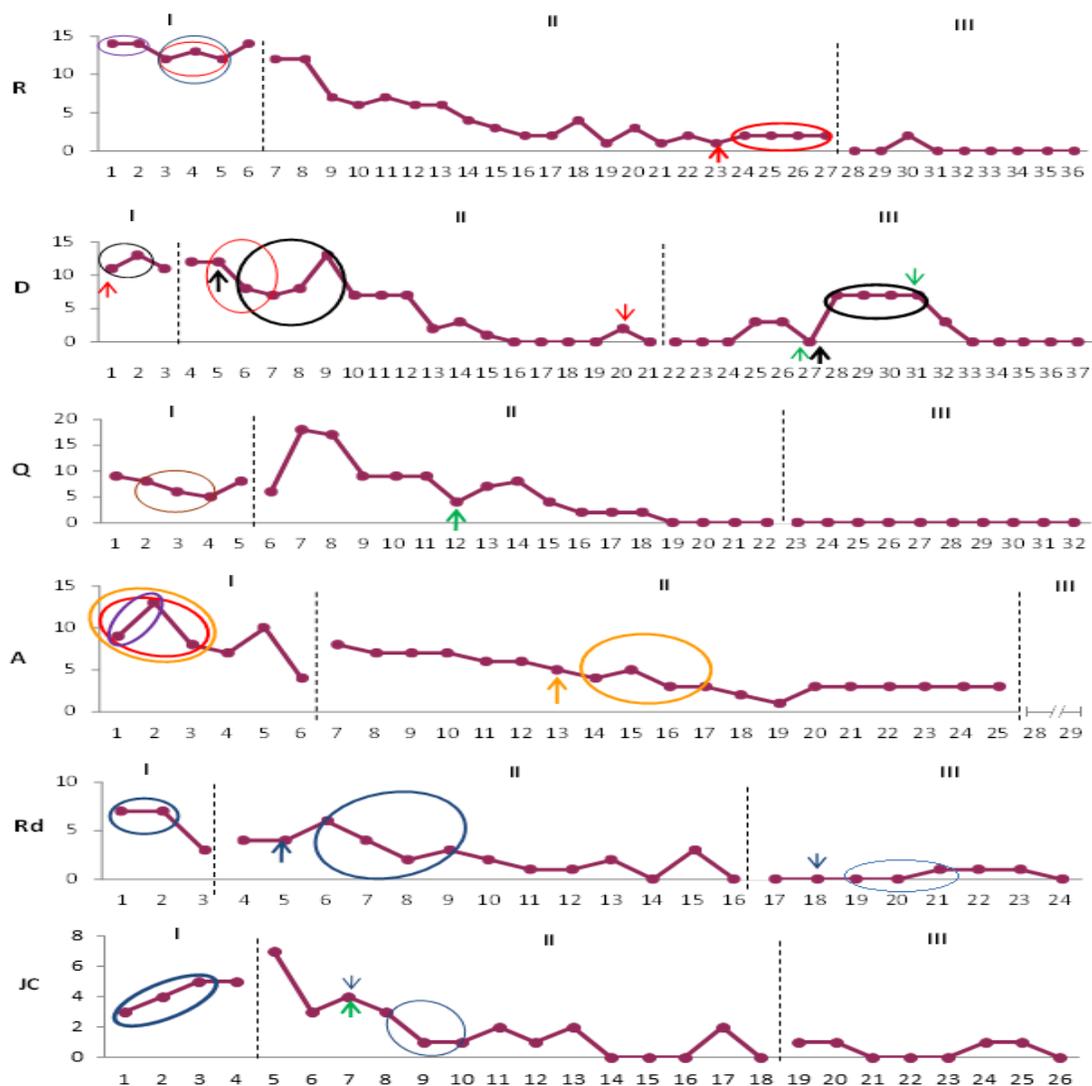


Figura 5: Las letras ubicadas en el costado izquierdo de cada gráfica señalan el paciente al cual pertenecen. En el eje de las X se coloca el número de semana y en el eje de las Y la frecuencia de ansiedad de cada una. La línea recta azul en el caso de A indica que no hubo registros realizados por la madre para esa fase, por lo que se consideró el dato inmediato anterior.

- Efecto de ingesta inicial de Atomoxetina 40mg 1-0-0 VO
- Efecto del aumento de Atomoxetina de 40mg 1-0-0 a 60mg 1-0-0 VO
- ↑ Inicio de Hidroxicina 10mg 0-0-1 VO
- ↑ Aumento de Hidroxicina 10mg 1-1-1 VO
- Efecto de ingesta inicial de Hidroxicina 10mg ½-½-½ para R y 0-0-1 para D
- Efecto del aumento de Hidroxicina 10mg 1-1-1 para R, y de ½-0-1 a 1-0-1 para A.
- ∨ Suspensión de Hidroxicina
- ▲ Primer y segundo aumento de Fluoxetina 20mg de 1-0-0 a 1½ -0-0 y después a 2-0-0 VO
- /— Sin Registro
- Primer y segundo efecto del aumento de Fluoxetina 20mg de 1-0-0 a 1½-0-0 y después a 2-0-0 VO
- ↑ Inicio de Metilfenidato 10mg 1-1-0 VO (efecto inmediato)
- ▲ Aumento de Metilfenidato de 10mg 1-0-0 a 36mg 1-0-0 VO
- ∨ Suspensión de Metilfenidato
- Efecto de ingesta inicial Sertralina 50mg 1-0-0 para R y Q
- Primer y segundo aumento de Sertralina 50mg de 0-0-1 a 0-0-1½ para Rd y JC, y después a 0-0-2 VO para Rd
- Efecto de la disminución de Sertralina 50mg de 0-0-2 a 0-0-1½ para Rd y 0-0-1½ a 0-0-1 para JC
- ▲ Aumento de Sertralina 50mg de 0-0-1½ a 0-0-2 VO
- ∨ Disminución de Sertralina 50mg de 0-0-2 a 0-0-1½ para Rd y 0-0-1½ a 0-0-1 para JC
- ▲ Aumento de Escitalopram de 10mg 0-0-1½ a 0-0-2 VO
- Primer y segundo efecto del aumento de Escitalopram 10mg de 0-0-1 a 0-0-1½ y después a 0-0-2 VO

De igual forma para D, pese a que la ansiedad comenzó a decrementar en la semana 6, se aumentó la dosis de Fluoxetina por lo que nuevamente no es posible conocer cuál hubiera sido el curso de la ansiedad en las mismas condiciones en las que inició. En la semana 20, el médico tratante indicó la suspensión de Hidroxicina y a pesar de ello la presencia de ansiedad se mantuvo en 0 como ocurría desde la semana 16.

Para el caso de Q, se observa una Línea Base establecida con una  $\bar{X}$  de 7.2 veces por semana. Durante las semanas 2 a 4 en donde la Sertralina estaba haciendo efecto, parecía que había una tendencia a la baja; sin embargo, al inicio del tratamiento, hubo un disparo de la frecuencia de la ansiedad llegando a presentarse en 18 episodios durante la semana 7, aun cuando aparentemente el medicamento ya había hecho efecto, lo que rebasó el nivel de  $\bar{X}$ . Esto puede ser atribuido a la sobre exigencia de la madre y a una psicoeducación más amplia que se brindó sobre el llenado del Registro Conductual Diario, por lo que comenzó a anotar todos los eventos correspondientes a inquietud, sin diferenciar si existía algún componente ansioso asociado o era parte del diagnóstico de TDAH, o bien, era normal en un niño de su edad, por ejemplo “estar demasiado alegre mientras jugaba”.

Poco a poco se fueron precisando los registros que llevaba con el objetivo de que anotara solo los correspondientes a ansiedad, observándose una disminución gradual a partir de la semana 14 hasta mantenerse en 0 aun en la Fase III Seguimiento. Sin embargo, durante esta fase el menor reportó una sobre exigencia por parte de su abuela y su madre, que contenía agresiones verbales y físicas, por lo que se solicitó el apoyo de Trabajo Social de la institución para el mejor manejo del caso. En la semana 12 hubo un aumento de la dosis de Metilfenidato que tiene un efecto inmediato y que contrarresta los síntomas de inquietud e hiperactividad, pero no los relacionados a ansiedad, pues aún hubo registros de su ocurrencia durante las semanas próximas.

En el caso de A, el efecto de los medicamentos indicados por el médico tratante sucedió durante las primeras semanas de la Fase I Evaluación y a pesar de ello, se registró variabilidad en su ocurrencia para las 4 semanas próximas. Se constituyó una  $\bar{X}$  de la Línea Base de 8.5 episodios de ansiedad por semana. Durante la Fase II Tratamiento, se observa una disminución gradual semana con semana, llegando a mantenerse en 3 puntos al término del tratamiento y no rebasar el nivel de  $\bar{X}$ ; aun con ello, se le prescribió el aumento de Escitalopram en la semana 13. Durante la Fase III Seguimiento, la madre reportó estar

hospitalizada para hacerse estudios médicos, lo que originó su ausencia a las sesiones, motivo por el cual se realizó un monitoreo vía telefónica que no arrojó datos cuantitativos respecto a los episodios de ansiedad ocurridos. En la gráfica, el eje de las X para esta fase se colocó entre diagonales (/).

Por último, para los casos de Rd y JC se constituyó una  $\bar{X}$  de la línea base de 5.6 y 4.2 respectivamente, y ambos coinciden en que el ISRS era Sertralina y el aumento de la dosis surtió efecto durante la Fase I Evaluación. Para el primero se identifica que cuando esto sucedió, al término de la semana 2, los síntomas disminuyeron considerablemente; sin embargo, para la semana 6 se registró un incremento nuevamente de los síntomas, rebasando por 0.4 puntos el valor de  $\bar{X}$  de la Línea Base. Para el segundo, pese a que al término de la semana 3 el ISRS había hecho efecto, los síntomas se mantuvieron en niveles altos, incluso en la semana 5 se registró un incremento mayor a  $\bar{X}$ , pero conforme el avance de la terapia cognitivo conductual, se registró la disminución de los síntomas.

En el caso de Rd el decremento sucedió gradualmente a partir de la semana 7, cuando el tratamiento psicoterapéutico iba en curso y el segundo aumento del ISRS surtió efecto, por lo que no es posible identificar si uno u otro factor, o ambos, fueron la principal causa de la disminución. Los niveles de ansiedad se mantuvieron en niveles bajos y llegaron a 0 y 1 durante la Fase III Seguimiento, a pesar de que en la semana 18 se disminuyó la dosis de medicamento por considerar mejoría clínica significativa. Para las semanas 21 a 23 de esta misma fase, se registró un evento por semana para posteriormente concluir el proceso en 0, lo cual puede ser atribuido a leves recaídas, normales y esperadas, ya sea por el término del tratamiento psicológico o por la disminución del medicamento.

Para el caso de JC, durante la semana 6, cuando el tratamiento psicoterapéutico iba en curso, los síntomas disminuyeron, por lo que el médico tratante indicó la disminución de la dosis del medicamento, y a pesar de ello, la sintomatología parecía ir en decremento gradual, concluyendo el proceso de tratamiento en 2 y 1 episodios para las semanas 17 y 18 respectivamente. Para las semanas 19 y 20 de la Fase III Seguimiento, ocurrió 1 episodio de ansiedad respectivamente, para luego mantenerse en 0 por tres semanas y posteriormente volverse a presentar 1 episodio en dos semanas consecutivas, para finalizar en 0 para la última semana. Con ello es posible sospechar de un patrón de ocurrencia, y para definirlo

sería necesario prolongar las semanas de seguimiento y observarlo; sin embargo, es posible destacar que los episodios no ocurren en niveles elevados como sucedía durante la Línea Base, y además, el objetivo del tratamiento era la disminución de la ansiedad y no su eliminación dada su importancia en la vida del ser humano.

El tratamiento para cada uno de los casos fue acorde a las necesidades presentadas, por lo que pese al uso de la misma técnica, ésta pudo haber sido empleada en diferente número de semana, bajo diferentes circunstancias y antes o después de alguna otra para que se permitiera alcanzar un objetivo más preciso. Las Tablas 8 a 13 señalan las actividades realizadas para cada uno de los casos en las diferentes semanas, las cuales cuentan con una columna llamada Evolución que señalan con una flecha hacia arriba ( $\uparrow$ ) si durante esa semana la frecuencia de ansiedad rebasó el valor de  $\bar{X}$  ya señalado, con una flecha hacia abajo ( $\downarrow$ ) si la frecuencia fue menor a ésta, y con un signo de *igual* (=) si el valor es el mismo.

En la Tabla 8 se muestran las actividades realizadas para el paciente R, con lo cual logró identificar que el esfuerzo es una de las herramientas principales para el éxito en tareas académicas, logrando incrementar la percepción que tiene de sus propias habilidades y modificar sus creencias desadaptativas respecto a la poca capacidad y falta de habilidad (“no puedo” y “no sé”) por “lo voy a intentar y daré mi mejor esfuerzo”.

Además, logró emplear la respiración diafragmática acompañada de la detención del pensamiento con la palabra “¡Alto!”, las autoafirmaciones positivas y autoinstrucciones mediante frases como “tranquilo, todo está bien, si me esfuerzo lo puedo lograr” para regular la ansiedad que presentaba ante situaciones sociales. Esto fue aprendido en la semana 8, posteriormente se registró un decremento significativo de los síntomas presentados (Figura 5). Aunado a ello, descatastrofizó su creencia de lo que puede pasar cuando los demás se burlan o se ríen de él, pues pese a que puede ocurrir, los comentarios de los demás no definen su aprendizaje o su capacidad intelectual. Los episodios de enuresis nocturna fueron disminuyendo a lo largo del proceso hasta desaparecer al finalizar el tratamiento y al darlo de alta.

Tabla 8  
*Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente R*

Semana	Actividades	Evolución
0	Entrevista a la madre del menor	
1	Entrevista al niño	
2	Pretest: CMASR-2 y SCAS	
3 a 5	Vacaciones escolares (no acudió)	
6	Psicoeducación a mamá	
7	Psicoeducación al niño	↓
8	Respiración diafragmática, “¡alto!” como detención de pensamiento y autoafirmaciones positivas “tranquilo, todo está bien”. La importancia del esfuerzo.	↓
9 y 10	No acudió	↓
11 y 12	Pensamiento positivo y negativo ante el desempeño. Importancia del esfuerzo e intento. Autoafirmaciones positivas y autoinstrucciones	↓
13	Autoafirmaciones positivas y autoinstrucciones en voz alta. Esfuerzo	↓
14 a 16	No acudió	↓
17 y 18	Reestructuración cognitiva ante el fracaso. Encuesta ante los errores	↓
19	Importancia del esfuerzo. Descatastrofización de errores	↓
20	No acudió	↓
21	Esfuerzo. Pedir ayuda cuando no puede	↓
22	Normalización del error. Reestructuración cognitiva de los comentarios de los demás	↓
23 y 24	No acudió	↓
25	Relajación autógena. Secado de manos	↓
26	Ejercicio contra la vergüenza	↓
27	Cierre. Postest 1: CMASR-2 y SCAS	↓
28 a 30	Seguimiento (sin cita)	↓
31	Cita de Seguimiento. Postest 2: CMASR-2 y SCAS	↓
32 a 35	Seguimiento (sin cita)	↓
36	Cita de Seguimiento. Postest 3: CMASR-2 y SCAS. Alta terapéutica	↓

*Nota:* A lo largo de todas las semanas se brindó psicoeducación a la madre del menor al respecto del manejo de la ansiedad y la aplicación de las herramientas aprendidas. El área sombreada indica el establecimiento de la Línea Base. La columna Evolución indica si hubo incremento (↑), decremento (↓), o se mantuvo igual (=) para esa semana en comparación con el valor de  $\bar{X} = 13.1$  establecido en la Línea Base.

Fueron evidentes las dificultades en el aprendizaje diagnosticadas por el servicio de Psicodiagnóstico del mismo hospital hacía 1 año, pues cuando se le cuestionaba sobre lo aprendido y se hacía referencia a cualquier técnica aprendida, sus respuestas eran muy concretas, literales y con poco análisis.

En la Tabla 9 se muestran las actividades realizadas con el paciente D, con lo cual logró identificar los pensamientos positivos y negativos y su relación en la aparición de la ansiedad principalmente al comer.

Tabla 9  
*Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente D*

Semana	Actividades	Evolución
0	Entrevista a papás	
1	Entrevista al niño	
2	Pretest: CMASR-2 y SCAS	
3	Psicoeducación a papás	
4	Psicoeducación al niño	↑
5	Respiración diafragmática, autoafirmaciones positivas “todo está bien, yo puedo comer, soy grande y fuerte” y ensayos al comer	↑
6	No acudió	↓
7	Tensión-Distensión. Respiración diafragmática, ensayos al comer, autoafirmaciones positivas	↓
8	No acudió	↓
9	Modelo imaginario. Disminuir tiempo de ingesta de comida	↑
10	Ejercicio vs la vergüenza, exposición	↓
11	Pensamiento positivo y pensamiento negativo	↓
12	No acudió	↓
13	Pensamiento positivo y pensamiento negativo	↓
14	No acudió	↓
15	Pensamiento positivo y pensamiento negativo	↓
16	Autoinstrucciones y autoreforzamiento	↓
17	Psicoeducación a mamá por problemas de conducta. Autoinstrucciones	↓
18 y 19	No acudió	↓
20	Psicoeducación a mamá por problemas de conducta. Pensamientos positivos y negativos ante la comida. Detención de pensamiento	↓
21	Autoinstrucciones. Presionar ligeramente su lengua con los dientes al decir “no puedo”.	↓
22	Cierre. Postest 1: CMASR-2 y SCAS	↓
23 a 26	Seguimiento (sin cita)	↓
27	Cita de seguimiento. Postest 2: CMASR-2 y SCAS	↓
28 a 31	Seguimiento (sin cita)	↓
32	Cita de seguimiento. Postest 3: CMASR-2 y SCAS. Economía de fichas	↓
33 a 35	Seguimiento (sin cita)	↓
36	Aplicación de Postest 4. CMASR-2 y SCAS. Desvanecimiento Economía de Fichas	↓
37	Alta Terapéutica (Sin Postest).	↓

*Nota:* Durante estas semanas se brindó psicoeducación a ambos padres del niño al respecto del manejo de los episodios de ansiedad y la aplicación en casa de las estrategias aprendidas en terapia. El área sombreada indica el establecimiento de la Línea Base. La columna Evolución indica si hubo incremento (↑), decremento (↓), o se mantuvo igual (=) para esa semana en comparación con el valor de  $\bar{X} = 11.6$  establecido en la Línea Base.

Se entrenó en la técnica de la respiración diafragmática, en el uso de un modelo imaginario (súper héroe) y en las autoafirmaciones positivas “tranquilo, todo está bien, yo puedo, soy fuerte”, todas ellas como estrategias regulatorias de la ansiedad, así como enfrentar sus miedos para poder atacarlos. Estas técnicas fueron aprendidas en las semanas 5 y 9, lo cual coincide con un decremento significativo de los síntomas y asociado también al efecto de los medicamentos ingeridos (Figura 5).

A lo largo del tratamiento se evidenciaron dificultades en su capacidad de pensamiento pues le costaba mucho trabajo entender los elementos cognitivos revisados durante las sesiones, por lo que se recurrió a medios más concretos como los ejercicios contra la vergüenza o presionar ligeramente su lengua con los dientes ante pensamientos negativos. Por esta razón, le resultó complejo llevarlo a la práctica por sí solo en casa. Se presentó la dificultad de las reacciones secundarias asociadas a la ingesta de Fluoxetina, pues se activaron síntomas de TDAH manifestados mediante inquietud excesiva, inatención y dificultades de obediencia, por lo que varias sesiones se dedicaron a la psicoeducación de ambos padres para el manejo más adecuado de su comportamiento. Ante ello, el médico tratante decidió continuar el tratamiento a base de Metilfenidato, por lo que su apetito se vio disminuido como reacción asociada y nuevamente dejó de comer.

Al suspenderlo se restableció su ingesta de comida. Por esta razón, el seguimiento contó con 4 postest y una sesión de alta terapéutica en donde se monitorearon los síntomas de acuerdo con el reporte verbal tanto de la madre como del niño.

En la Tabla 10 se señalan las actividades realizadas con el paciente Q, con las cuales logró entrenarse en la diferenciación del locus de control interno y externo ante situaciones vividas en casa, principalmente ante la sobre exigencia tanto de su madre como de su abuela.

Se entrenó en las autoafirmaciones positivas como una estrategia regulatoria de la ansiedad, las cuales contenían frases como “yo puedo, lo voy a lograr, voy a dar mi mejor esfuerzo”, lo cual se le enseñó durante la semana 8, momento en donde se registró un decremento importante de los síntomas (Figura 5).

Tabla 10

Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente Q

Semana	Actividades	Evolución
0	Entrevista a mamá y a abuela	
1	Entrevista con el niño	
2	Pretest: CMASR-2 y SCAS	
3 y 4	Vacaciones escolares (no acudió)	
5	Psicoeducación a abuela y a mamá	
6	Psicoeducación al niño	↑
7	Respiración diafragmática	↑
8	Autoafirmaciones positivas en voz alta. Importancia del esfuerzo	↑
9	Solución de problemas y autoafirmaciones positivas	↑
10 y 11	Pensamiento positivo y pensamiento negativo	↑
12	Psicoeducación a mamá respecto a problemas de obediencia	↓
13	Reestructuración cognitiva respecto a los errores. Importancia del esfuerzo	↓
14	No acudió	↑
15 y 16	No acudió	↓
17	Reestructuración cognitiva respecto a los errores. Importancia del esfuerzo	↓
18	Solución de problemas, asertividad, búsqueda de acuerdos	↓
19	Locus de control y solución de problemas	↓
20 y 21	No acudió	↓
22	Cierre. Postest 1: CMASR-2 y SCAS	↓
23 a 25	Seguimiento (sin cita)	↓
26	Cita de Seguimiento. Postest 2: CMASR-2	↓
27	Seguimiento (sin cita)	↓
28	Cita de Seguimiento. Postest 3: CMASR-2 y SCAS	↓
29 a 31	Seguimiento (sin cita)	↓
32	Cita de Seguimiento. Postest 4: CMASR-2 y SCAS. Alta terapéutica.	↓

*Nota:* A lo largo de las semanas se brindó psicoeducación a la madre del menor para el manejo adecuado de los episodios de ansiedad y la aplicación cotidiana de lo aprendido durante las sesiones. El área sombreada indica el establecimiento de la Línea Base. La columna Evolución indica si hubo incremento (↑), decremento (↓), o se mantuvo igual (=) para esa semana en comparación con el valor de  $\bar{X}=7.2$  establecido en la Línea Base.

El paciente identificó cuál era su responsabilidad ante esta situación y cuál correspondía a un estilo de crianza de cada una de ellas, por lo que se convenció de que su comportamiento se debía a aprendizajes previos, como el hecho de haber sido militar, en el caso de su abuela, y no porque él lo estuviera ocasionando. Por tanto, cualquier esfuerzo por intentar cambiarlas sería una lucha muy compleja y lo más probable es que no fuera exitosa. Identificó a la respiración diafragmática como principal medio para controlar su

ansiedad y posteriormente el pensamiento positivo ante diversas situaciones (principalmente con su abuela) en donde el hecho de otorgarse palabras de ánimo para sí mismo y auto reforzarse le generaba emociones positivas pese a la desaprobación de su abuela. Se enfatizó en su propia responsabilidad al respecto de dar su mejor esfuerzo en las tareas académicas, levantar sus juguetes y acomodar su cuarto, lo cual sí era su responsabilidad y dependía de él. Al finalizar el tratamiento, logró tomar iniciativa de buscar acuerdos con ella respecto a las labores del hogar y la forma en la que ella se dirigía hacia él, la cual le disgustaba.

La Tabla 11 señala las actividades realizadas con el paciente A, quien a lo largo del tratamiento mostró una capacidad de darse cuenta incluso mayor a la esperada para su edad, por lo que le costaba muy poco trabajo identificarlo en sí mismo y ponerlo en práctica solo, pues su mamá trabajaba la mayor parte del día.

Su capacidad de imaginación le permitió tener mayor facilidad para imaginar situaciones chistosas o súper héroes que le ayudaran a hacer frente a sus miedos, por ejemplo ante la obscuridad o ante las tarántulas, lo cual originó que percibiera un control interno de la ansiedad y lograra regularla de mejor manera. Se entrenó en el debate de sus pensamientos mediante la pregunta “¿qué pruebas tengo para decir que...?” y así modificar y sustituir las creencias distorsionadas asociadas a diferentes situaciones, tales como la relación con su padre, las burlas originadas en la escuela o algunos comentarios de su madre debidos a su desesperación constante.

Como estrategias de apoyo, se entrenó en la solución de problemas, la respiración diafragmática, las autoinstrucciones a través de frases como “tranquilo, todo estará bien, yo puedo controlarme” después de haber aprendido que la ansiedad la generan sus propios pensamientos y es una alarma que se prende en momentos equivocados. Estas estrategias fueron aprendidas en la semana 7, lo cual coincide con un decremento importante de los síntomas y a partir de ello, la disminución fue gradual (Figura 5).

Tabla 11

Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente A

Semana	Actividades	Evolución
0	Entrevista a mamá	
1	Entrevista al niño	
2	Pretest: CMASR-2 y SCAS	
3 a 5	No acudió	
6	Psicoeducación a mamá	
7	Psicoeducación al menor. Respiración diafragmática, autoafirmaciones positivas "tranquilo, todo está bien"	↓
8	Imaginación guiada, personaje favorito (modelo)	↓
9	Solución de problemas	↓
10	Solución de problemas con papá. Comunicación asertiva	↓
11	No acudió	↓
12	Teoría de la mente, adivinación del pensamiento. Técnicas de imaginería	↓
13	Relajación autógena con tristeza y enojo, locus de control interno en emociones, teoría de la mente	↓
14	Uso del humor ante los payasos de la noche	↓
15	No acudió	↓
16	Pensamientos positivos y negativos	↓
17	No acudió	↓
18	Autoinstrucciones en voz alta	↓
19	Debate del pensamiento	↓
20 y 21	No acudió	↓
22	Solución de problemas con hermano. Plastilina para expresar enojo	↓
23	Retroalimentación de avances, autorreforzamiento, pulsera para pensamiento positivo	↓
24	No acudió	↓
25	Cierre. Postest 1: CMASR-2 y SCAS	↓
28	Llamada telefónica de Seguimiento. Postest 2: CMASR-2 y SCAS	↓
29	Llamada telefónica de Seguimiento. Postest 3: CMASR-2 y SCAS	↓

*Nota:* A lo largo de las semanas se brindó psicoeducación a la madre del menor para el manejo adecuado de los episodios de ansiedad y la aplicación cotidiana de lo aprendido durante las sesiones. El área sombreada indica el establecimiento de la Línea Base. La columna Evolución indica si hubo incremento (↑), decremento (↓), o se mantuvo igual (=) para esa semana en comparación con el valor de  $\bar{X} = 8.5$  establecido en la Línea Base.

En la Tabla 12 se expresan las actividades realizadas para el paciente Rd, con lo cual aprendió a identificar que la causa de sus preocupaciones está en sus pensamientos al tratar de adivinar y asegurar acontecimientos que no se pueden predecir, o bien, no hay las suficientes pruebas para concluirlo, lo cual afectará las probabilidades de ocurrencia.

Tabla 12

Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente Rd

Semana	Actividades	Evolución
0	Entrevista a mamá	
1	Entrevista al niño	
2	Pretest: CMASR-2 y SCAS	
3	Psicoeducación a mamá	
4	Psicoeducación al menor	↓
5	Respiración diafragmática. Pensamiento positivo y negativo, pensamiento del adivino.	↓
6	Psicoeducación a mamá. Normalización del enojo.	↑
7 y 8	Detención de pensamiento "Alto". Búsqueda de evidencias del pensamiento negativo.	↓
9	Respiración diafragmática, relajación autógena. Flecha descendente. Comunicación asertiva	↓
10	Situación real: Papel del pensamiento en sus emociones	↓
11	Solución de problemas en interacción social. Expresión del enojo	↓
12	Ejercicio contra la vergüenza	↓
13	Psicoeducación de la Esquizofrenia. Descatastrofización de comentarios negativos de los demás	↓
14	Identificación de recursos positivos de sí mismo. Debate de comentarios negativos de los demás	↓
15	Tarjetas de estrategias para el control del pensamiento.	↓
16	Cierre. Postest 1: CMASR-2 y SCAS	↓
17 a 19	Seguimiento (sin cita)	↓
20	Cita de Seguimiento. Postest 2: CMASR-2 y SCAS	↓
21 a 23	Seguimiento (sin cita)	↓
24	Cita de Seguimiento. Postest 3: CMASR-2 y SCAS. Alta terapéutica	↓

Nota: A lo largo de las sesiones se brindó psicoeducación a la madre del menor para que manejara de forma más apropiada los eventos de ansiedad y aplicaran de forma cotidiana las estrategias aprendidas en terapia.  $\bar{X} = 5.6$  de la Línea Base. El área sombreada indica el establecimiento de la Línea Base. La columna Evolución indica si hubo incremento (↑), decremento (↓), o se mantuvo igual (=) para esa semana en comparación con el valor de  $\bar{X} = 5.6$  establecido en la Línea Base.

Identificó la estrategia de decir “¡Alto!” con voz firme y fuerte al tiempo que daba un golpe sobre la mesa, con el fin de redirigir su pensamiento cuando era negativo, así como intentar distraerse pensando en elementos positivos o realizando alguna otra actividad como ver la televisión. La madre le ayudó constantemente a identificar sus pensamientos negativos y la generación de emociones desagradables mediante su exageración y el uso del humor, lo que provocó que el menor realizara un esfuerzo por el cambio de pensamiento. La semana 6 se dedicó mayormente a la psicoeducación de la madre a este respecto, lo cual coincide con una disminución de la ansiedad para la semana próxima, asociada también al efecto del segundo aumento de la dosis de Sertralina.

En la Tabla 13 se muestra el listado de actividades realizadas con el paciente JC, con las cuales logró entrenarse en la respiración diafragmática, en las autoinstrucciones y las autoafirmaciones positivas como forma de regular la ansiedad y su propia conducta.

Tabla 13

*Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente JC*

Semana	Actividades	Evolución
0	Entrevista a abuela	
1	Entrevista al menor	
2	No acudió	
3	Pretest: CMASR-2 y SCAS	
4	Psicoeducación a abuela y a mamá	
5	Psicoeducación al niño	↑
6	Autoinstrucciones y autoafirmaciones positivas. Respiración diafragmática	↓
7	Autoafirmaciones positivas	↓
8	Uso del humor e imaginación en asaltos	↓
9	Búsqueda de evidencias del pensamiento sobre asaltos	↓
10	Autoafirmaciones positivas y respiración diafragmática, actividades de esfuerzo mental	↓
11	Relajación autógena. Uso de la imaginación para enfrentar miedos	↓
12	No acudió	↓
13	Imaginación guiada para los miedos. Reestructuración cognitiva, búsqueda de evidencias	↓
14	Solución de problemas en juegos de estrategia	↓
15	Pensamiento positivo y negativo. Autoinstrucciones "Espacio"	↓
16	Estrategias de solución de problemas de esfuerzo mental, autoinstrucciones	↓
17	Estrategias de afrontamiento de miedo a la obscuridad. Pensamiento positivo y negativo	↓
18	Cierre. Postest 1: CMASR-2 y SCAS	↓
19 a 21	Seguimiento (sin cita)	↓
22	Cita de Seguimiento. Postest 2: CMASR-2 y SCAS	↓
23 a 25	Seguimiento (sin cita)	↓
26	Cita de Seguimiento. Postest 3: CMASR-2y SCAS. Alta terapéutica.	↓

*Nota:* A lo largo de las sesiones se brindó psicoeducación a la madre del menor para que manejara de forma más apropiada los eventos de ansiedad y aplicaran de forma cotidiana las estrategias aprendidas en terapia. El área sombreada indica el establecimiento de la Línea Base. La columna Evolución indica si hubo incremento (↑), decremento (↓), o se mantuvo igual (=) para esa semana en comparación con el valor de  $\bar{X} = 4.2$  establecido en la Línea Base.

JC logró darse cuenta que para tener certeza de la ocurrencia de algún evento tendría que tener pruebas, por lo que ideó realizar el experimento de tomarle una foto a un fantasma al verlo durante la noche, o bien, tomar una foto a los objetos, alejarse y después volver para tomarle otra, y comparar ambas fotos para observar si los objetos se mueven mientras él no está.

Asimismo, consideró importante usar el humor al salir a la calle e imaginar de manera chistosa a los asaltantes que creía le podían hacer daño, lo cual provocó una reacción incompatible a la ansiedad y mayor seguridad en sí mismo al salir. En las semanas 5 y 7 se observó un decremento de los síntomas (Figura 5) lo cual coincide con la identificación de la ansiedad y el papel que tiene el pensamiento en su surgimiento, y con el entrenamiento en autoinstrucciones y autoafirmaciones positivas.

En la Figura 6 se muestra la comparación Pretest-Posttest del CMASR-2 y el SCAS para cada uno de los casos del Grupo A. Se consideraron únicamente las puntuaciones naturales de las escalas de Ansiedad Total –TOT- de ambos instrumentos, pues en general el resto de las escalas manifestó el mismo patrón en cuanto a incremento o decremento de puntajes en las diferentes aplicaciones realizadas. El único caso en donde se representa la puntuación de la escala Defensividad –DEF- del CMASR-2 fue Rd, por considerarse importante para la explicación de los resultados. El análisis de estos datos se complementa con las Tablas 14 y 15, en donde se expresan los datos cuantitativos y si son clínicamente significativos o no de acuerdo con el Cambio Clínico Objetivo –CCO, para el CMASR-2 y el SCAS, respectivamente.

Como se observa, las puntuaciones de todos los pacientes de este grupo disminuyeron considerablemente en comparación con el pretest. Algunos de ellos presentaron incrementos mayores a éste en alguno de los posttest, como lo fue el caso de Rd y D en el posttest 1 y 2 del CMASR-2 respectivamente, catalogándose como un empeoramiento significativo, pero al finalizar el proceso se decrementó nuevamente la puntuación, llegando a ser para todos menor que el pretest.

En el caso de R, las puntuaciones mostradas en ambos instrumentos manifestaron una disminución gradual a lo largo de las aplicaciones, lográndose reducir la puntuación del posttest 3 a la mitad –o más- en comparación con el pretest. El CCO demuestra que estas disminuciones son clínicamente significativas en la comparación de todos los posttest con los pretest (Tablas 14 y 15). Al respecto se pueden generar 3 posibles explicaciones que son complementarias entre sí:

Figura 6  
 Comparación de resultados Pretest-Posttest CMASR-2 y SCAS para el Grupo A

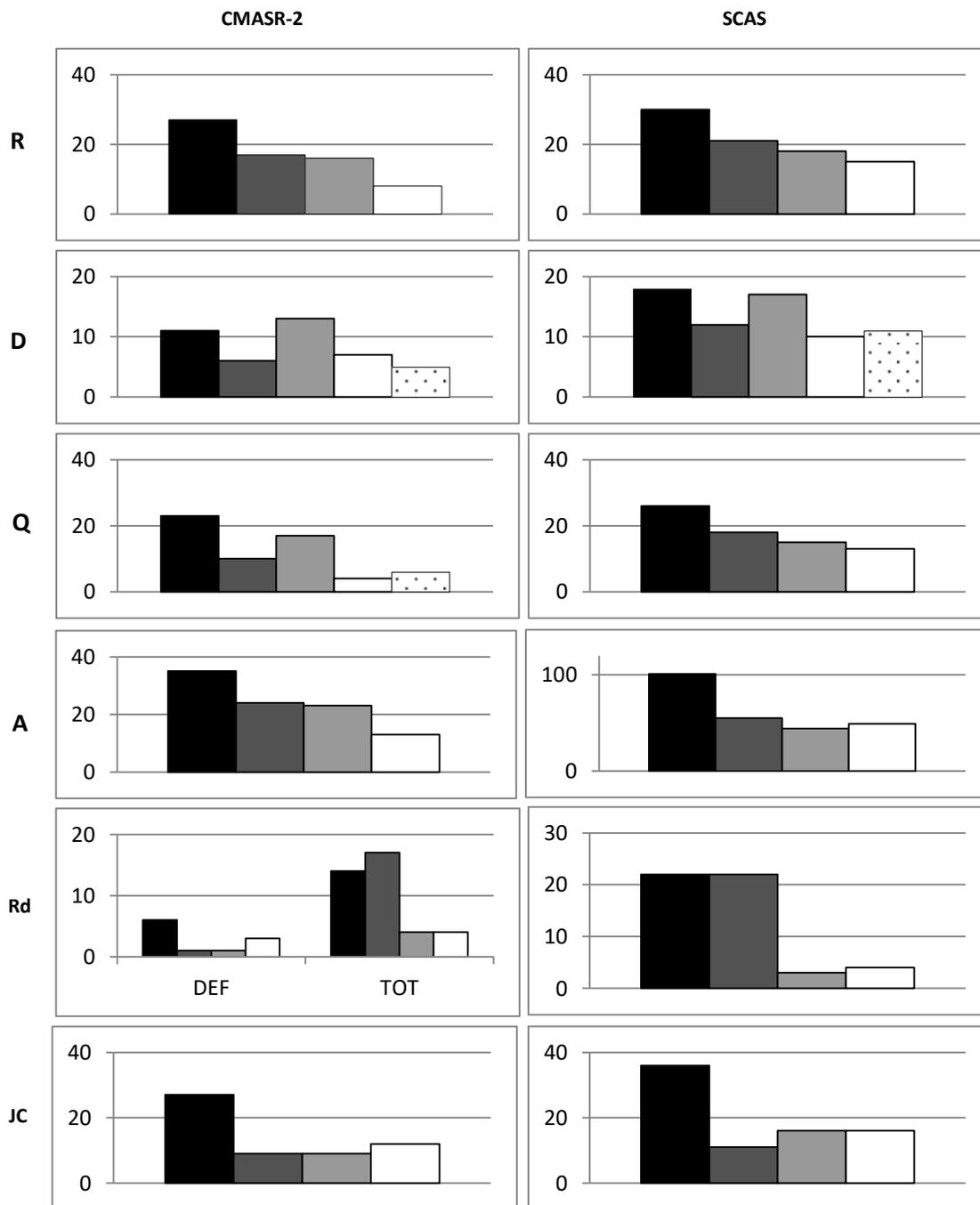


Figura 6: Las letras ubicadas a un costado de las gráficas señalan el paciente al cual pertenecen. Las gráficas ubicadas en la columna de la izquierda corresponden a la comparación Pretest-Posttest del CMASR-2 para cada uno de los pacientes, y las de la derecha corresponden a la comparación del SCAS. Todas las columnas corresponden a la puntuación natural obtenida para la escala de Ansiedad Total de ambos instrumentos. En el caso de Rd, se ha representado también la escala Defensividad -DEF-.

■ Pretest    ■ Postest 1    ■ Postest 2    □ Postest 3    ▨ Postest 4 para D y Q

Tabla 14

*Datos Cuantitativos y Cambio Clínico Objetivo –CCO, para CMASR -2 de los pacientes del Grupo A*

Paciente	Pretest	Postest 1	Postest 2	Postest 3	Postest 4	CCO Pre-Post 1	Interpr.	CCO Pre-Post 2	Interpr.	CCO Pre-Post 3	Interpr.	CCO Pre-Post 4	Interpr.
R	27	17	16	8		-0.37	CS	-0.40	CS	-0.70	CS		
D	11	6	13	7	5	-0.45	CS	0.18	ES	-0.36	CS	-0.54	CS
Q	23	10	17	4	6	-0.56	CS	-0.26	CS	-0.82	CS	-0.73	CS
A	35	24	23	13		-0.31	CS	-0.34	CS	-0.62	CS		
Rd	14	17	4	4		0.21	ES	-0.71	CS	-0.71	CS		
JC	27	9	9	12		-0.66	CS	-0.66	CS	-0.55	CS		

*Nota:* Interpr.: Interpretación. Pre-Post: Pretest-Postest. CCO: Cambio Clínico Objetivo. CS: Clínicamente Significativo, considerado a partir de CCO > -0.20. ES: Empeoramiento Significativo.

Tabla 15

*Datos Cuantitativos y Cambio Clínico Objetivo –CCO, para SCAS de los pacientes del Grupo A*

Paciente	Pretest	Postest 1	Postest 2	Postest 3	Postest 4	CCO Pre-Post 1	Interpr.	CCO Pre-Post 2	Interpr.	CCO Pre-Post 3	Interpr.	CCO Pre-Post 4	Interpr.
R	30	21	18	15		-0.3	CS	-0.4	CS	-0.5	CS		
D	18	12	17	10	11	-0.33	CS	-0.05	CS	-0.44	CS	-0.38	CS
Q	26	18	15	13		-0.30	CS	-0.42	CS	-0.5	CS		
A	101	55	44	49		-0.45	CS	-0.56	CS	-0.51	CS		
Rd	22	22	3	4		0	CNS	-0.86	CS	-0.81	CS		
JC	36	11	16	16		-0.69	CS	-0.55	CS	-0.55	CS		

*Nota:* Interpr.: Interpretación. Pre-Post: Pretest-Postest. CCO: Cambio Clínico Objetivo. CS: Clínicamente Significativo, considerado a partir de CCO > -0.20. CNS: Clínicamente No Significativo

1) Los cambios generados a lo largo de la terapia se iban fortaleciendo como hábitos para que la ansiedad cada vez estuviera en niveles más bajos, lo cual se pudo comprobar con los aprendizajes que él señaló al finalizar el tratamiento y que ya fueron referidos en el apartado anterior, así como la disminución gradual de los síntomas ansiosos reflejada en la Figura 5,

2) La farmacoterapia a base de Hidroxicina y Sertralina al inicio del tratamiento, y el aumento de Hidroxicina casi al finalizarlo, pudo haber contribuido a disminuir los niveles de ansiedad presentados,

3) Los avances alcanzados en su aprendizaje gracias a la atención psicopedagógica que recibía en la misma institución, lograron fortalecer sus propias capacidades y su percepción de ellas, pues ya era capaz de leer y escribir frases cortas y hacer sumas y restas sencillas, lo cual disminuyó también la ansiedad manifiesta en cuanto a sus atribuciones respecto al logro.

En el caso de D, las puntuaciones de ambos instrumentos para esta misma escala reflejan variabilidad para las distintas aplicaciones, al contar con disminución en el postest 1, luego incrementar, después disminuir, y luego volver a disminuir para el caso del CMASR-2 o incrementar ligeramente en el caso del SCAS.

En el postest 1 realizado al término del tratamiento se registró un decremento, probablemente debido a que la práctica y retroalimentación eran semanales y más cercanas durante el mismo, lo cual refleja un cambio clínicamente significativo en el CCO (Tablas 14 y 15). Sobresale la puntuación del postest 2, en donde se incrementa el puntaje hasta sobrepasar o igualar el pretest, lo que se traduce en un empeoramiento significativo de acuerdo con el CCO para ambos instrumentos (Tablas 14 y 15). Esto puede ser explicado por el inicio de Metilfenidato en donde nuevamente el niño dejó de comer y lo atribuyó al miedo a ahogarse, pese a haberse incrementado al mismo tiempo la dosis de Fluoxetina; sin embargo, al ser retirado volvió a disminuir la puntuación casi a la mitad del pretest, y en el postest 4 la diferencia fue mínima, concluyendo con la misma puntuación que el postest 1 en el CMASR-2 y ligeramente menor que éste en el SCAS. Para estas aplicaciones, los cambios reflejados en el CCO resultaron ser clínicamente significativos.

Para el caso de Q, en el CMASR-2 se registró un incremento de la puntuación del postest 2, pese a que en el primero se reportó un decremento considerable de más de la mitad en comparación con el pretest. Esto puede ser asociado al reporte que el niño realizó a la terapeuta sobre la situación en casa que estaba viviendo con ambas cuidadoras, aunado a una desorganización emocional importante y una falta de generalización de las estrategias aprendidas para su aplicación a este tipo de situaciones. Por esta razón no se aplicó el SCAS para esta fecha pues el niño no estaba en condiciones de responder, y se solicitó el apoyo de Trabajo Social de la institución.

Como una forma de retener el caso, se tomó la decisión de brindar cita a las 2 semanas posteriores; sin embargo, a ésta únicamente asistió la madre. Para tener contacto con el menor y continuar monitoreando el caso, se le llamó por teléfono y se le aplicaron ambos instrumentos (postest 3); durante esta llamada telefónica se agendó cita para continuar monitoreando el caso y se le aplicó el postest 4. En los postest 3 y 4, las puntuaciones se vieron reducidas, diferencias que llaman la atención particularmente en lo reportado por el CMASR-2. Se hipotetizan dos aspectos: 1) el apoyo de Trabajo Social y la presión ejercida, logró que la abuela modificara su actuar con el niño, y efectivamente los ajustes realizados en la dinámica familiar eran favorables, o bien 2) dado que ese seguimiento fue realizado vía telefónica, la abuela y la madre del menor pudieron haber solicitado al niño negara los síntomas por el temor a las consecuencias de que ocurriera lo contrario pues las citas con Trabajo Social ya estaban en curso, por lo cual estas puntuaciones generan duda. A pesar de ello, en la última cita programada, el menor reportó idear nuevas estrategias para modificar la dinámica familiar, considerando la responsabilidad que le correspondía a él y delegar la que tocaba a sus cuidadoras, lo cual es atribuido a las sesiones psicoterapéuticas otorgadas.

El SCAS no refleja la situación de maltrato vivida por no haberse aplicado cuando el menor realizó el reporte, por lo que las puntuaciones manifiestan disminución gradual a lo largo de las aplicaciones. Tanto para el CMASR-2 como el SCAS, y a pesar de la situación de maltrato reportada, los CCO para todas las comparaciones entre los postest y el pretest resultaron ser clínicamente significativas (Tablas 14 y 15).

En el caso del paciente A, las puntuaciones para todas las mediciones realizadas en ambos instrumentos reflejan una disminución gradual, por lo que el postest 3 fue considerablemente menor al pretest, y de acuerdo con el CCO, los cambios resultaron ser clínicamente significativos para todas las comparaciones entre el pretest y los postest (Tablas 14 y 15). Estos cambios pueden ser atribuidos tanto a la combinación de los medicamentos ingeridos (efecto durante la Fase I Evaluación) como al tratamiento psicoterapéutico, pues ambos ocurrieron a la par generando una disminución gradual de los síntomas expresada en las diferentes mediciones (Figuras 5 y 6). Es posible inferir la importancia del Tratamiento Cognitivo Conductual en los aprendizajes que el menor señaló al término del proceso, así como su aplicación constante incluso en otro tipo de situaciones –como con el hermano o las burlas en la escuela- a pesar de que su madre no se encontraba con él a lo largo del día para ayudarlo.

En cuanto al paciente Rd, los postest 2 y 3 reflejan una disminución notoria de más de la mitad en comparación con el pretest y con el postest 1; sin embargo, las puntuaciones de estos dos últimos no reflejan cambio al compararlos entre sí (Tablas 14 y 15), incluso para el CMASR-2 la puntuación del postest 1 resultó ser mayor, lo que se traduce en un empeoramiento significativo de acuerdo con el CCO. Esto puede ser explicado dada la puntuación elevada obtenida en la escala de Defensividad –DEF- en el pretest, en donde según la interpretación sugerida por el instrumento, el niño intentó negar los síntomas y proporcionar una imagen positiva de sí mismo, por lo que las puntuaciones naturales de esta medición pudieron haber estado en niveles más elevados de lo que él reportó. Para las comparaciones entre el pretest y los postest 2 y 3 de ambos instrumentos, se refleja cambio clínicamente significativo según el CCO (Tablas 14 y 15).

Por último, para el paciente JC, las puntuaciones naturales de la escala en cuestión presentaron una disminución en la comparación pretest-postest 3, llegándose a reducir este último a alrededor de la mitad de las puntuaciones del primero. Se observa que ésta medición y el postest 2 para el caso del SCAS, incrementaron ligeramente la puntuación en comparación con el postest 1, lo cual puede suponer la presencia de una leve, normal y esperada recaída explicada por el término del tratamiento y porque las retroalimentaciones ya no se brindan constantemente como ocurre durante el tratamiento. Las comparaciones

entre el pretest y las diferentes aplicaciones del postest para ambos instrumentos reflejan cambio significativo de acuerdo con el CCO (Tablas 14 y 15).

### **Pacientes del Grupo B.**

El único paciente incluido en esta clasificación fue el paciente H, cuyo efecto del primer aumento del ISRS ocurrió durante la Fase II Tratamiento Cognitivo Conductual.

#### ***Paciente H.***

Masculino de 10 años de edad, proveniente de familia integrada por madre y hermana mayor de 11 años; padre ausente desde hacía 6 meses por infidelidad hacia su madre. Antecedentes de discusiones frecuentes en casa a causa de la relación de pareja; a decir de la madre y del niño, ante la separación la dinámica familiar mejoró por generar mayor convivencia entre madre e hijos. Manifestación de síntomas ansiosos debido a dos sucesos principalmente: Asalto del papá en el pesero -fecha desconocida- y el rumor de robo de infantes en la escuela desde hace un año, con presencia de características como sudoración de manos, morderse las uñas, pesadillas, dolor de estómago constante, nervios ante los exámenes, conducta evitativa al salir a la calle. Madre descrita como “preocupona” ante diferentes acontecimientos, como su situación económica y la dinámica familiar a partir de la separación (Véase Anexo 10. Mapa Clínico de Patogénesis Paciente H).

En la Figura 7 se muestra la presencia de ansiedad en H a lo largo del proceso medida a través del Registro Conductual Diario. La Media aritmética ( $\bar{X}$ ) de la Línea Base establecida fue de 6 episodios de ansiedad por semana. En la Figura se observa que la sintomatología ansiosa pasó de estar alrededor de este valor hasta disminuir en niveles de 2 y 0 veces al término de la Fase II y al inicio de la Fase III. La semana 5 igualó a  $\bar{X}$  y las semanas 7, 8, 9, 10 y 11 se pusieron entre diagonales dado que la madre presentó problemas de salud y el paciente tuvo que irse a vivir por un tiempo con su papá, quien no registró a lo largo de estas semanas; sin embargo, continuó acudiendo a las sesiones programadas. Posterior a ello, para la semana 12, se observa un incremento de 16 episodios de ansiedad, rebasando por 10 puntos el valor de  $\bar{X}$ . Es probable que los mismos niveles de dicha puntuación fueran reflejados en las semanas anteriores durante las cuales no hubo registros, pero dado este inconveniente, el disparo es más notorio en la figura. Es posible sospechar que debido al problema de salud que su madre tuvo, aunado al cambio en la

dinámica familiar por vivir con su padre, la ansiedad se manifestó de forma más frecuente sobrepasando incluso los puntos de la Línea Base, al ser situaciones externas y no controlables.

Figura 7

*Presencia de ansiedad a lo largo del proceso para el paciente del Grupo B*

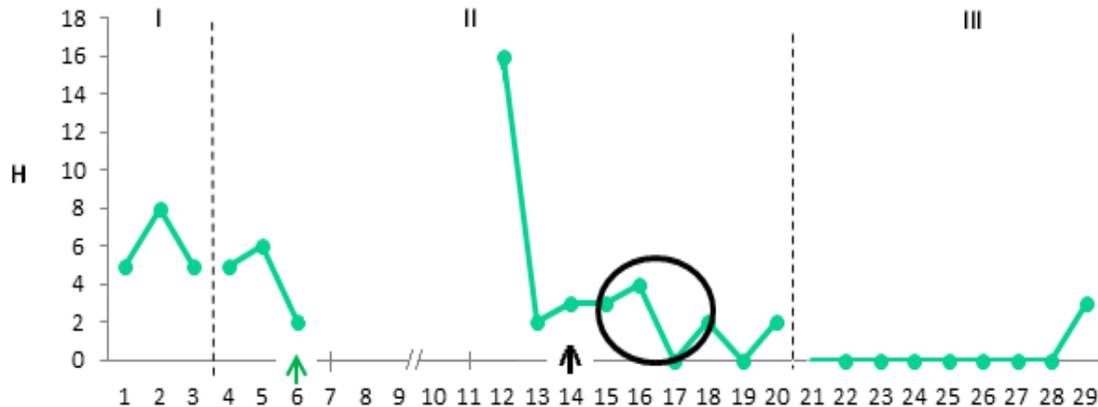


Figura 7:

- ▲ Aumento de Metilfenidato de 20mg 1-0-0 a 1½-0-0 VO
- ▲ Primer aumento de Fluoxetina de 20mg 0-0-1 a 0-0-1½ VO
- Efecto del primer aumento de Fluoxetina entre 1 y 4 semanas
- //— Entre las sesiones 7 y 11 no hubo registro debido al estado de salud de la madre

Al momento de ingresar al servicio de psicoterapia, el paciente ya llevaba dos meses quince días ingiriendo Fluoxetina, y durante la Fase I del procedimiento aún había presencia de ansiedad, por lo cual surge la duda del nivel en el que ésta se encontraba antes de tomarla y así identificar el alcance de la farmacoterapia al menos para este caso. Asimismo, a pesar de la ingesta de Fluoxetina, en la semana 12 fue registrado el incremento de 16 puntos que incluso fue mayor a los registrados durante la Línea Base. Para la semana 13 los episodios de ansiedad disminuyeron a 2, una semana antes del aumento de dosis del medicamento, por lo que el cambio no puede ser atribuido a éste; pero para la semana 14 a 16 incrementaron a 3 y 4 veces por semana. Para las semanas 17 a 20, se registró una oscilación entre 0 y 2 episodios, lo cual puede ser atribuido a la casi finalización del tratamiento psicoterapéutico, a la mejoría en el estado de salud de su madre, al efecto del aumento de la dosis de Fluoxetina ocurrido entre las semanas 15 a 18, o bien, a todos ellos en conjunto. Para la Fase III Seguimiento, la presencia de ansiedad se mantuvo en 0 hasta la

última semana en donde se registraron 3 eventos, atribuidos a un cambio nuevamente en la dinámica familiar.

A pesar de que los puntos de las semanas 20 y 29 no fueron menores o iguales al punto de la semana previa, se consideró conveniente pasarlo a la siguiente fase del proceso (Fase III Seguimiento y Alta terapéutica, respectivamente) dado que el objetivo del tratamiento era disminuir la ansiedad manifiesta en comparación con la Línea Base y no precisamente eliminarla, por lo que únicamente se brindaron recomendaciones de forma psicoeducativa tanto al menor como a la madre para prevenir recaídas. Así, la Fase III Seguimiento se mantuvo en 0 al menos en las primeras semanas, lo que se consideró como criterio para su alta terapéutica.

En la Tabla 16 se muestra el listado de actividades realizadas con el paciente H a lo largo del proceso, que cuenta con una columna llamada Evolución que indica si para esa semana la frecuencia de ansiedad fue mayor, igual o menor en relación al valor de  $\bar{X}$  de la Línea Base establecida.

Con las actividades realizadas, H logró reestructurar cognitivamente su pensamiento respecto a las situaciones que le generaban ansiedad, por ejemplo, los asaltos, las arañas o las alturas. En algunas ocasiones, aunque no por completo, logró reestructurar cognitivamente sus creencias respecto a la adivinación del pensamiento de los otros, por ejemplo pensar que alguien lo quería matar por solo voltearlo a ver.

Así, de forma espontánea en casa logró hacer uso del humor, emplear las autoafirmaciones positivas respecto a su propia capacidad para lograr obtener éxito en las actividades. Además, según el reporte verbal tanto de la madre como del paciente, empleaba frecuentemente la respiración diafragmática y la relajación autógena cuando se daba cuenta que su pensamiento era negativo y le estaba generando ansiedad; esta última revisada en la semana 12, coincidente con el decremento de la ansiedad durante la semana 13 (Figura 7).

Pese a lo anterior, le costó mucho trabajo identificar la diferencia entre pensamiento positivo y negativo, así como las estrategias que estaba empleando para disminuir su ansiedad, por lo que se requería de la guía constante para que las fuera evocando y ubicando como agentes de cambio. En la revisión de su expediente clínico se encontró que

presenta desempeño escolar bajo, lo que puede dar cuenta de probables dificultades en la capacidad cognitiva y en el proceso metanalítico.

Tabla 16

*Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente H*

Semana	Actividades	Evolución
0	Entrevista a mamá	
1	Entrevista al menor	
2	Pretest: CMASR-2 y SCAS	
3	Psicoeducación a mamá	
4	Psicoeducación al menor	↓
5	No acudió	=
6	Psicoeducación al menor y reestructuración cognitiva sobre los asaltos	↓
7	No acudió	S/R
8	No acudió	S/R
9	Respiración diafragmática. Autoafirmaciones positivas "sí puedo, yo me controlo"	S/R
10	Locus de control respecto a asaltos. Reestructuración cognitiva	S/R
11	Locus de control respecto a enfermedad de mamá. Autoinstrucciones "tranquilo, respira, despacio, lo estoy haciendo muy bien". Acciones y no solo preocupaciones.	S/R
12	Relajación autógena. Reestructuración cognitiva de asaltos. Uso del humor	↑
13	Autoafirmaciones positivas	↓
14	Reestructuración cognitiva respecto a situación con hermana. Locus de control externo	↓
15 y 16	Locus de control en situaciones de la vida cotidiana	↓
17	Pensamiento negativo y pensamiento positivo	↓
18	No acudió	↓
19	Relajación autógena. Cambio de pensamiento	↓
20	Cierre. Psicoeducación: Énfasis en el cambio de pensamiento. Postest 1: CMASR.-2 y SCAS.	↓
21 a 23	Seguimiento (sin cita)	↓
24	Cita de Seguimiento. Postest 2: CMASR-2 y SCAS.	↓
25 a 28	Seguimiento (sin cita)	↓
29	Cita de Seguimiento. Psicoeducación tanto a mamá como al niño respecto a la aplicación cotidiana de las estrategias aprendidas, y énfasis a mamá para recibir atención psicológica. Postest 3: CMASR-2 y SCAS. Alta terapéutica	↓

*Nota:* A lo largo de las sesiones se brindó psicoeducación a la madre del menor para que maneje de forma más apropiada los eventos de ansiedad y aplicaran de forma cotidiana las estrategias aprendidas en terapia. El área sombreada indica el establecimiento de la Línea Base. La columna Evolución indica si hubo incremento (↑), decremento (↓), o se mantuvo igual (=) para esa semana en comparación con el valor de  $\bar{X} = 6$  establecido en la Línea Base. S/R significa que no hubo registro debido al estado de salud de la madre.

En la Figura 8 se muestra la comparación Pretest–Postest del CMASR-2 y el SCAS para el paciente H, la cual se complementa con los datos arrojados en las Tablas 17 y 18 respecto al Cambio Clínico Objetivo –CCO, para el CMASR-2 y el SCAS, respectivamente.

Figura 8

Comparación de resultados Pretest-Postest CMASR-2 y SCAS para el Grupo B

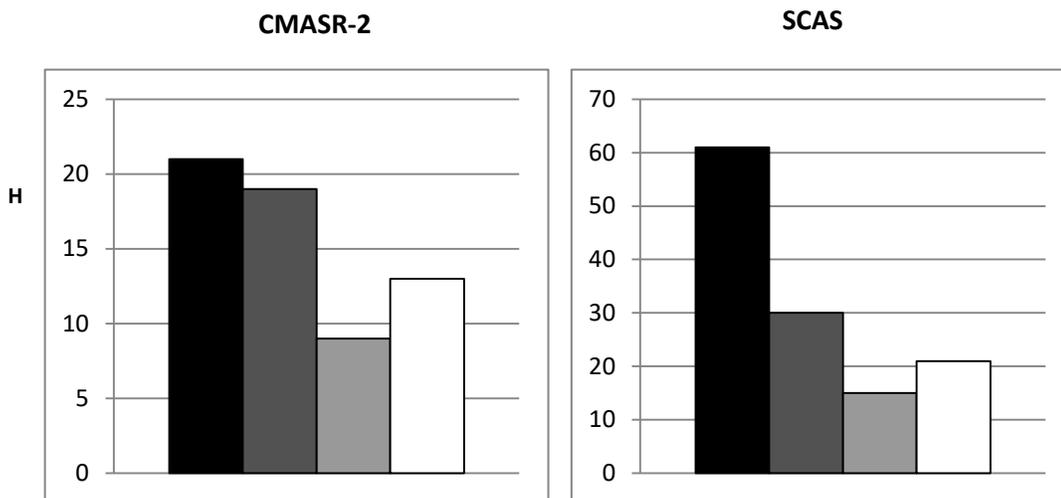


Figura 8: La letra H indica el nombre del paciente perteneciente a este grupo. La gráfica ubicada en la columna de la izquierda corresponde a la comparación Pretest-Postest del CMASR-2, y la de la derecha corresponde a la comparación del SCAS. El eje de las X corresponde a la escala de Ansiedad Total –TOT- y el de las Y a la puntuación natural obtenida.

■ Pretest      ■ Postest 1      ■ Postest 2      □ Postest 3

En la Figura 8 se observa disminución de la puntuación natural para la escala en cuestión de ambos instrumentos en la comparación pretest-postest 3, lo cual resultó ser un cambio clínicamente significativo de acuerdo con CCO (Tablas 17 y 18). En el caso del CMASR-2, la puntuación del postest 1 reflejó muy poco cambio (2 puntos), lo cual no resultó ser clínicamente significativo (Tabla 17), y en los postest 2 y 3 el cambio fue mayor, reduciéndose alrededor de la mitad, resultando ser significativos (Tabla 17).

Para el SCAS, se observa una reducción de más de la mitad en comparación con el pretest, lo cual también fue significativo (Tabla 18). Esta diferencia puede ser atribuida a la naturaleza del instrumento pues al ser de tipo Likert, proporciona la opción al niño de graduar sus respuestas en función de la frecuencia con la que observa sus síntomas, a diferencia del otro, el cual mide únicamente la presencia o ausencia *per se* de la ansiedad.

En ambos instrumentos, el postest 3 refleja un ligero incremento en comparación con el postest 2, lo cual puede suponer una recaída normal y esperada que generalmente sucede durante la Fase III Seguimiento al no contar con la retroalimentación constante como lo era en la Fase II Tratamiento.

Tabla 17

*Datos cuantitativos y Cambio Clínico Objetivo –CCO, para CMASR-2 del paciente del Grupo B*

Paciente	Pretest	Postest 1	Postest 2	Postest 3	CCO Pre-Post 1	Interpr.	CCO Pre-Post 2	Interpr.	CCO Pre-Post 3	Interpr.
H	21	19	9	13	-0.09	CNS	-.057	CS	-0.38	CS

*Nota:* Interpr.: Interpretación. Pre-Post: Pretest-Postest. CCO: Cambio Clínico Objetivo. CS: Clínicamente Significativo, considerado a partir de CCO > -0.20. CNS: Clínicamente No Significativo

Tabla 18

*Datos cuantitativos y Cambio Clínico Objetivo –CCO, para SCAS del paciente del Grupo B*

Paciente	Pretest	Postest 1	Postest 2	Postest 3	CCO Pre-Post 1	Interpr.	CCO Pre-Post 2	Interpr.	CCO Pre-Post 3	Interpr.
H	61	30	15	21	-0.50	CS	-0.75	CS	-0.65	CS

*Nota:* Interpr.: Interpretación. Pre-Post: Pretest-Postest. CCO: Cambio Clínico Objetivo. CS: Clínicamente Significativo, considerado a partir de CCO > -0.20. CNS: Clínicamente No Significativo

### **Pacientes del Grupo C.**

Los pacientes incluidos en este grupo fueron S, K y J, quienes no presentaron modificación del medicamento ingerido en ninguna de las etapas del procedimiento.

#### ***Paciente S.***

Masculino de 10 años de edad proveniente de familia integrada por el paciente, padre, madre, hermanas de 25 y 14 años de edad, la primera con un hijo de 6 años y la segunda con diagnóstico de Episodio Depresivo Moderado. Madre con Trastorno Depresivo y sobre exigente con el menor, intolerante, en ocasiones le daba nalgadas como consecuencia ante la desobediencia. Paciente con diagnóstico de TDAH comórbido con Trastorno de Ansiedad Generalizada, antecedente de Abuso Sexual a los 5 años por un primo lejano, atendido por esta causa en el Programa de Atención Integral a Víctimas de Abuso Sexual (PAINAVAS) de la misma institución de forma inmediata; dado de alta del mismo por notar mejoría clínica significativa. Los síntomas ansiosos se manifestaron mediante miedos excesivos e intensos a que algo le pasara a él o a sus familiares, llanto frecuente, sudoración de manos, conducta evitativa de salir a la calle, pensamientos como

“esos muchachos están en grupo, seguro nos van a hacer algo malo” (sic. pac.) Ansiedad presente ante los exámenes por la obtención de calificaciones de excelencia, así como el temor a equivocarse por el regaño de ambos padres. (Véase Anexo 11. Mapa Clínico de Patogénesis Paciente S).

### ***Paciente K.***

Femenino de 8 años de edad proveniente de familia desintegrada, padre ausente desde el nacimiento. Vive con su madre y dos medias hermanas de 20 y 18 años de edad. Madre con Trastorno Depresivo Mayor sin tratamiento; clínicamente impresiona con capacidad cognitiva limitada. Paciente con síntomas ansiosos manifestados mediante la conducta de hiperfagia ansiosa, obesidad, onicofagia, uso de cobija durante la mayor parte del día, bruxismo, pesadillas, miedo a la obscuridad, preocupaciones relacionadas al juicio y opinión de los otros “me van a regañar, todo lo hago mal, yo no sé” (sic. pac.) y algunas de tipo paranoide como “seguro me quiere aventar por las escaleras, yo la vi” (sic. pac.) Síntomas depresivos respecto a la ausencia del padre, expectativa orientada a que sus padres vivirían juntos de nuevo.

### ***Paciente J.***

Masculino de 11 años de edad al momento de su ingreso al servicio de Psicoterapia Cognitivo Conductual. Proveniente de familia desintegrada, vivía con su madre y su hermana de 15 años de edad; padre ausente desde hacía seis meses. Referido por presentar síntomas ansiosos ante la separación de su madre por temor a que fuera asaltada o secuestrada. Llanto frecuente cuando ella tenía que ir a trabajar, al permanecer solo y ante la obscuridad. Sintomatología asociada a que su hermana fue víctima de violencia física en la secundaria, lo que a él le preocupó y su comportamiento fue orientado a la protección de sus familiares por el temor a que esto sucediera nuevamente. Alrededor de la misma fecha, su abuela materna fue hospitalizada por enfermedad médica mientras él no estaba en la casa, lo que lo hizo suponer que “si yo no estoy presente, entonces pueden suceder cosas desagradables” (sic. pac.) Comportamiento y lenguaje menor al esperado para su edad cronológica; madre sobreprotectora.

En la Figura 9 se muestra la presencia de ansiedad para cada uno de los casos del Grupo C, medida a través del Registro Conductual Diario.

Figura 9  
 Presencia de ansiedad a lo largo del proceso para los pacientes del Grupo C

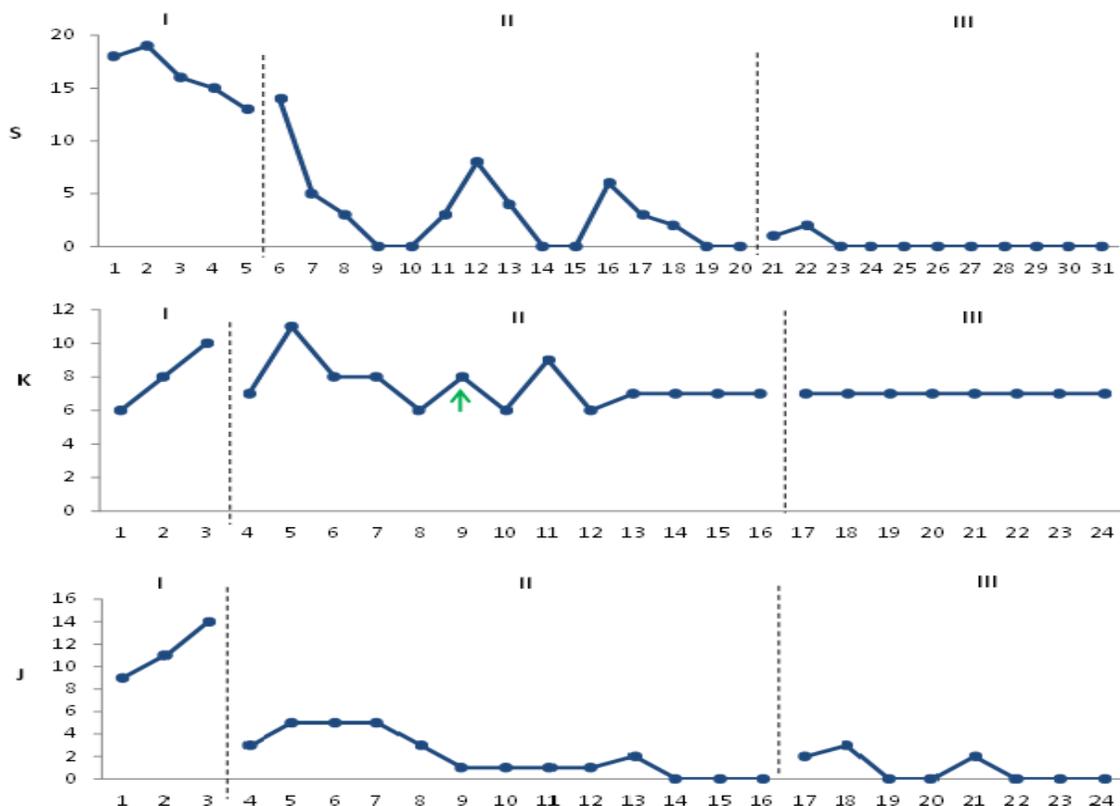


Figura 9:  
 ↑ Aumento de Metilfenidato 10mg de 1½- 1½-0 VO a 2-1½-0

En la Figura 9 se puede observar que para los pacientes S y J, la disminución de la ansiedad sucedió de forma gradual a lo largo del proceso, a pesar de que S ya no estaba ingiriendo Sertralina desde un año atrás por suspensión del médico tratante al notar mejoría, y además, los fármacos que estaba tomando (Metilfenidato y Risperidona) se mantuvieron sin modificación alguna desde hacía tres meses y hasta concluirlo, y aún con ello existían manifestaciones de ansiedad durante la Línea Base. En el caso de J, desde hacía 3 meses estaba tomando Sertralina y a pesar de ello, los síntomas de ansiedad durante la Línea Base parecía que iban en incremento.

En el caso de S, se puede observar que durante la Fase I Evaluación, los episodios de ansiedad surgían entre 20 y 13 ocasiones por semana, probablemente porque la función de los medicamentos ingeridos no era contrarrestar la ansiedad. Así, la Media aritmética ( $\bar{X}$ ) de la Línea Base establecida para este caso fue de 16.2 veces por semana. Para un

análisis más minucioso del caso y de haber llevado registros conductuales mientras tomaba Sertralina, habrían surgido datos interesantes al comparar el curso de la ansiedad con y sin éste, así como en combinación con el Tratamiento Cognitivo Conductual.

Si bien en la Línea Base se observa una tendencia a la baja, no es posible determinar que en ausencia o presencia del tratamiento psicológico dicha tendencia hubiera alcanzado un nivel 0 como ocurrió, a menos de que se hubiera dejado en lista de espera y así observar su evolución, lo cual no hubiera cumplido con criterios éticos. De acuerdo con la estabilidad del tratamiento farmacológico y que su foco de atención no era propiamente la disminución de la ansiedad, se podría sospechar que el tratamiento psicológico ayudó al decremento gradual de los síntomas, pues ninguna semana presentó la frecuencia de ansiedad en igual o mayor nivel que  $\bar{X}$ ; sin embargo, sería arriesgado asegurarlo pues de cualquier modo había una farmacoterapia acompañando al Tratamiento Cognitivo Conductual.

Seis meses posteriores a la alta terapéutica, el médico tratante decidió indicar la disminución gradual de Risperidona hasta suspender por notar mejoría clínicamente significativa, y tres meses después decidió su alta de la institución por observar que el Trastorno de ansiedad se encontraba en remisión.

En el caso de J, la reducción gradual de los síntomas se manifestó a partir del inicio del tratamiento psicoterapéutico (semana 4) pasando de estar en 11 puntos o más durante la Línea Base (cuya  $\bar{X}$  fue de 11.3 veces por semana) hasta concluir en 0 al término del tratamiento. Al inicio de la Fase III Seguimiento se observó un ligero incremento sin llegar a los niveles iniciales, para posteriormente mantenerse en 0 durante las últimas semanas, lo cual puede ser atribuido a recaídas que son comunes cuando se finaliza el tratamiento psicoterapéutico y comenzar a espaciar las sesiones, pues la retroalimentación ya no es continua; sin embargo, éstas no alcanzaron el valor de  $\bar{X}$  de la Línea Base establecida durante la Fase I Evaluación.

En el caso de K, la madre presentó particular dificultad para el llenado del Registro Conductual Diario, pues a veces olvidaba llevarlo y en otras ocasiones lo llenaba minutos antes de la sesión, además de que observaba parcialmente las emociones de la menor por estar realizando otras actividades. Dada esta dificultad, existía duda en su registro, por lo

que se decidió proporcionarle a la paciente otro Carnet en donde anotara los eventos en los que notaba la manifestación de ansiedad. Sin embargo, ella únicamente lo hizo de la semana 5 a 9, posteriormente dijo que ya se encontraba bien y que no había tenido ningún síntoma.

El tratamiento farmacológico a base de Fluoxetina había hecho efecto durante las dos semanas previas al inicio de la Fase I Evaluación, y a pesar de ello, aún había manifestaciones de ansiedad, incluso parecía que tenía una tendencia hacia el incremento. El valor de  $\bar{X}$  para la Línea Base establecida fue de 8 veces por semana. Para la semana 4 se registró un decremento de los síntomas, pero para la 5 nuevamente hubo un aumento, incluso sobrepasando la frecuencia reportada por  $\bar{X}$  de la Línea Base. Durante las semanas 6 y 13 los síntomas ansiosos presentaron variabilidad en su ocurrencia, en algunos casos siendo igual o mayor a  $\bar{X}$  de la Línea Base. Para la semana 13 y hasta el término de todo el proceso, los síntomas se mantuvieron en 7 puntos sin presentar modificación alguna, lo cual puede ser atribuido al poco apego al tratamiento psicológico que tanto la paciente como su madre manifestaron, pues a pesar de acudir semana con semana, no aplicaban las estrategias revisadas en las sesiones para el manejo de los episodios ansiosos que ocurrían.

Las Tablas 19 a 21 expresan el listado de actividades realizadas a lo largo del proceso con cada uno de los pacientes pertenecientes a este grupo.

La Tabla 19 enlista las actividades realizadas con el paciente S, con las que logró identificar qué es la ansiedad y cuáles son sus mecanismos regulatorios, así como reestructurar su pensamiento al debatir sus creencias negativas respecto a la ocurrencia de los asaltos, mediante la diferenciación de aquellas situaciones que dependen de él de las que no –locus de control interno y externo-, adoptando la creencia de que el cuidado de sí mismo depende de cada uno y él no puede asumir la responsabilidad de cuidar a los demás por el peso que ello implica.

Se entrenó en descatastrofizar los errores académicos que le generaban frustración y preocupación por desempeñarse con excelencia, lográndolos normalizar y evaluar como oportunidades de aprendizaje. Además, adquirió la respiración diafragmática como una herramienta que utilizaba de forma espontánea cada que se sentía ansioso o angustiado.

Tabla 19  
*Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente S*

Semana	Actividades	Evolución
0	Entrevista a mamá	
1	Entrevista con el menor	
2	Pretest: CMASR-2 y SCAS	
3 y 4	Vacaciones escolares (no acudió)	
5	Psicoeducación a mamá	
6	Psicoeducación al menor	↓
7	Respiración diafragmática. "Alto". Detención de pensamientos.	↓
8	Autoafirmaciones positivas "Yo puedo", "Yo me controlo"	↓
9	Locus de control interno y externo. Reestructuración cognitiva de asaltos	↓
10	Locus de control interno. Analogía: Cargar cosas ajenas, delegar responsabilidades	↓
11	Locus de control interno: Autocuidado.	↓
12	Contención emocional en duelo (situación extraordinaria)	↓
13	Relajación autógena	↓
14 a 16	Descatastrofización de errores académicos. Uso del humor	↓
17	Psicoeducación a mamá respecto a exigencias académicas	↓
18	Pensamiento positivo y negativo. Pulsera generadora de pensamientos positivos	↓
19	Psicoeducación a mamá problemas de obediencia	↓
20	Cierre. Postest 1: CMASR-2 y SCAS	↓
21 a 25	Seguimiento (sin cita)	↓
26	Cita de Seguimiento. Postests: CMASR-2 y SCAS	↓
27 a 30	Seguimiento (sin cita)	↓
31	Cita de seguimiento. Postests: CMASR-2 y SCAS. Alta terapéutica.	↓

*Nota:* A lo largo de las sesiones se brindó psicoeducación a la madre del menor para que maneja de forma más apropiada los eventos de ansiedad y aplicaran de forma cotidiana las estrategias aprendidas en terapia. El área sombreada indica el establecimiento de la Línea Base. La columna Evolución indica si hubo incremento (↑), decremento (↓), o se mantuvo igual (=) para esa semana en comparación con el valor de  $\bar{X} = 16.2$  establecido en la Línea Base.

A pesar de ello, la madre continuaba haciéndole énfasis en la responsabilidad que tenía de obtener buenas calificaciones para poder ser exitoso en el futuro, lo que frecuentemente se le estuvo retroalimentando a lo largo del tratamiento para que disminuyera las exigencias y sus expectativas fueran más objetivas respecto a la inquietud del niño dado el diagnóstico de TDAH. En las semanas 6, 12 y 16 se observó de forma más marcada el decremento de los síntomas ansiosos, durante las cuales se brindó psicoeducación al niño respecto a la ansiedad, se brindó contención emocional respecto a la muerte de un vecino y se entrenó en la descatastrofización de errores académicos mediante el uso del humor.

La Tabla 20 enlista las actividades realizadas con la paciente K, las cuales se limitaron a la identificación del pensamiento positivo y negativo y su enlace con las emociones, posteriormente el entrenamiento en autoafirmaciones positivas y autoinstrucciones, dado que se tenía la limitante de que la madre no aplicaba junto con la menor lo aprendido durante las sesiones pues argumentaba haberlo olvidado o no saber cómo.

Tabla 20

*Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para la paciente K*

Semana	Actividades	Evolución
0	Entrevista a mamá	
1	Entrevista a la menor	
2	Pretest: CMASR-2 y SCAS	
3	Psicoeducación a mamá	
4	Empatía en el divorcio de ambos padres, juego de roles	↓
*5	Psicoeducación a la niña	↑
*6	Respiración diafragmática	=
*7 y 8	Pensamiento positivo y negativo	=
*9	Autoinstrucciones y autoafirmaciones positivas "sí puedo", "lo voy a lograr"	=
10	Papel del pensamiento en las emociones	↓
11	"Detente y Piensa". Autoafirmaciones positivas. Desvanecimiento del uso de la cobija	↑
12	"Detente y Piensa". Autoafirmaciones positivas. Desvanecimiento del uso de la cobija	↓
13	Autoafirmaciones positivas	↓
14	Recursos propios (carta a sí misma), autoafirmaciones positivas	↓
15	Listado de estrategias aprendidas	↓
16	Cierre. Postest 1: CMASR-2 y SCAS	↓
17 a 19	Seguimiento (sin cita)	↓
20	Cita de Seguimiento. Postest 2: CMASR-2 y SCAS	↓
21 a 23	Seguimiento (sin cita)	↓
24	Cita de Seguimiento. Postest 3: CMASR-2 y SCAS. Alta por Máximo Beneficio**.	↓

*Nota:* El área sombreada indica el establecimiento de la Línea Base. La columna Evolución indica si hubo incremento (↑), decremento (↓), o se mantuvo igual (=) para esa semana en comparación con el valor de  $\bar{X} = 8$  establecido en la Línea Base. Las semanas 5 a 9 que aparecen con un asterisco corresponden a aquellas en las que se le pidió a la menor que registrara junto con su madre los eventos de ansiedad ocurridos. Dos asteriscos (\*\*) refieren a una Alta por Máximo Beneficio, referida a que a pesar de haber agotado los recursos psicoterapéuticos, la madre no se compromete con el proceso de atención y el curso del tratamiento ha sufrido cambios mínimos.

Después de la retroalimentación sesión a sesión se le pedía explicara con sus palabras lo que tendría que hacer para la semana próxima, pero refería ya haberlo olvidado o no haber entendido, probablemente debido al Trastorno Depresivo Mayor con el cual estaba diagnosticada o bien, por capacidades cognitivas limitadas. A lo largo de todas las

sesiones se le hizo énfasis en acudir a tratamiento psicológico y psiquiátrico, y a pesar de comentar que en esa misma semana iría, en ningún momento acudió.

Con la paciente se insistió en aplicar las estrategias en casa de forma cotidiana, demostrándole su efectividad mediante juegos de mesa sesión a sesión, por lo que decía que lo estaba llevando a la práctica; probablemente esa fue la razón de que los síntomas se mantuvieran a un mismo nivel durante el término del tratamiento y el seguimiento, y éstos no disminuyeran pero tampoco incrementaran (Figura 9). Sin embargo, para disminuir el uso de la cobija y la hiperfagia ansiosa, no realizó ningún esfuerzo en la aplicación de conductas incompatibles revisadas durante las sesiones (uso de la carta a sí misma o la respiración diafragmática), pues presentaban un beneficio para ella misma de forma inmediata, para lo cual era requerido el apoyo de la madre, pero ella no realizó lo que se le indicaba.

La Tabla 21 enlista las actividades realizadas con el paciente J, con lo cual logró identificar que la causa de las emociones son los pensamientos, llegando a generalizarlo a otras situaciones y personas, por ejemplo, ante las emociones de su hermana. Logró disminuir la ansiedad por separación hacia su madre dándose cuenta del poco control que tiene sobre los acontecimientos que ocurren a su alrededor y que pueden sucederle a su mamá o a cualquier otro individuo, identificando que su presencia no cambiará las cosas que ocurren accidentalmente en la vida. Además, con ayuda de la respiración diafragmática, la relajación autógena y la distracción de su pensamiento, logró quedarse más tiempo solo en ausencia de su madre, permitiendo que ella trabajara en las tardes y lo dejara en casa haciendo tareas. Disminuyó la presencia del llanto asociado a ello e incluso en las últimas semanas él pedía que su mamá lo dejara solo.

A lo largo del proceso a la madre le costó trabajo disminuir la sobreprotección generada hacia su hijo, incluso al finalizar aún se observaban datos clínicos de ello, aunque no en la misma medida inicial, por ejemplo hablarle en diminutivo, evitar regañarlo o hablarle fuerte, permitirle hablar como un niño de menor edad y tomarlo a juego.

A partir de la semana 3 se registró un decremento significativo de los síntomas presentados, lo cual coincide con la psicoeducación realizada a la madre del menor al respecto de la naturaleza de la ansiedad, causas y consecuencias de la patología, así como

enfatarle el papel que juega la sobreprotección en la adquisición y mantenimiento de los síntomas, lo cual según reportó, comenzó a ponerlo en práctica en esa misma semana con ambos hijos (Figura 9).

Tabla 21

*Listado de actividades realizadas a lo largo del proceso para el paciente J*

Semana	Actividades	Evolución
0	Entrevista a mamá	
1	Entrevista con el menor	
2	Pretest: CMASR-2 y SCAS	
3	Psicoeducación a mamá	
4	Psicoeducación al niño	↓
5	Respiración diafragmática, imaginería guiada	↓
6	Locus de control. Reestructuración cognitiva de asaltos	↓
7	Relajación autógena	↓
8	Autoafirmaciones positivas	↓
9	Reestructuración cognitiva, idea de "abandono" de mamá	↓
10	Psicoeducación a mamá. Cambios de rutinas. Adaptación al cambio	↓
11	Debate del pensamiento. Reestructuración cognitiva	↓
12	Imaginación guiada	↓
13	Psicoeducación a mamá. Distracción del pensamiento	↓
14	Retroalimentación del avance en terapia. Gráfica	↓
15	Retroalimentación del avance en terapia. Gráfica. Recursos y estrategias	↓
16	Cierre. Postest 1: CMASR-2 y SCAS	↓
17 a 19	Seguimiento (sin cita)	↓
20	Cita de Seguimiento. Postest 2: CMASR-2 y SCAS	↓
21 a 23	Seguimiento (sin cita)	↓
24	Cita de Seguimiento. Postest 3: CMASR-2 y SCAS. Alta terapéutica	↓

*Nota:* Nota: A lo largo de las sesiones se brindó psicoeducación a la madre del menor para que manejara de forma más apropiada los eventos de ansiedad y aplicaran de forma cotidiana las estrategias aprendidas en terapia. El área sombreada indica el establecimiento de la Línea Base. La columna Evolución indica si hubo incremento (↑), decremento (↓), o se mantuvo igual (=) para esa semana en comparación con el valor de  $\bar{X} = 11.3$  establecido en la Línea Base.

La Figura 10 muestra la comparación Pretest-Postest del CMASR-2 y el SCAS para cada uno de los casos. Se presenta la puntuación natural de la escala de Ansiedad Total –TOT– para los casos S y K, pero para J se muestra también el Índice de Respuestas Inconsistentes –INC– por considerarse importante la explicación del caso. Esta información

se complementa con las Tablas 22 y 23 en donde se expresa el Cambio Clínico Objetivo – CCO, para el CMASR-2 y el SCAS, respectivamente.

Figura 10  
Comparación de resultados Pretest-Posttest CMASR-2 y SCAS para el Grupo C

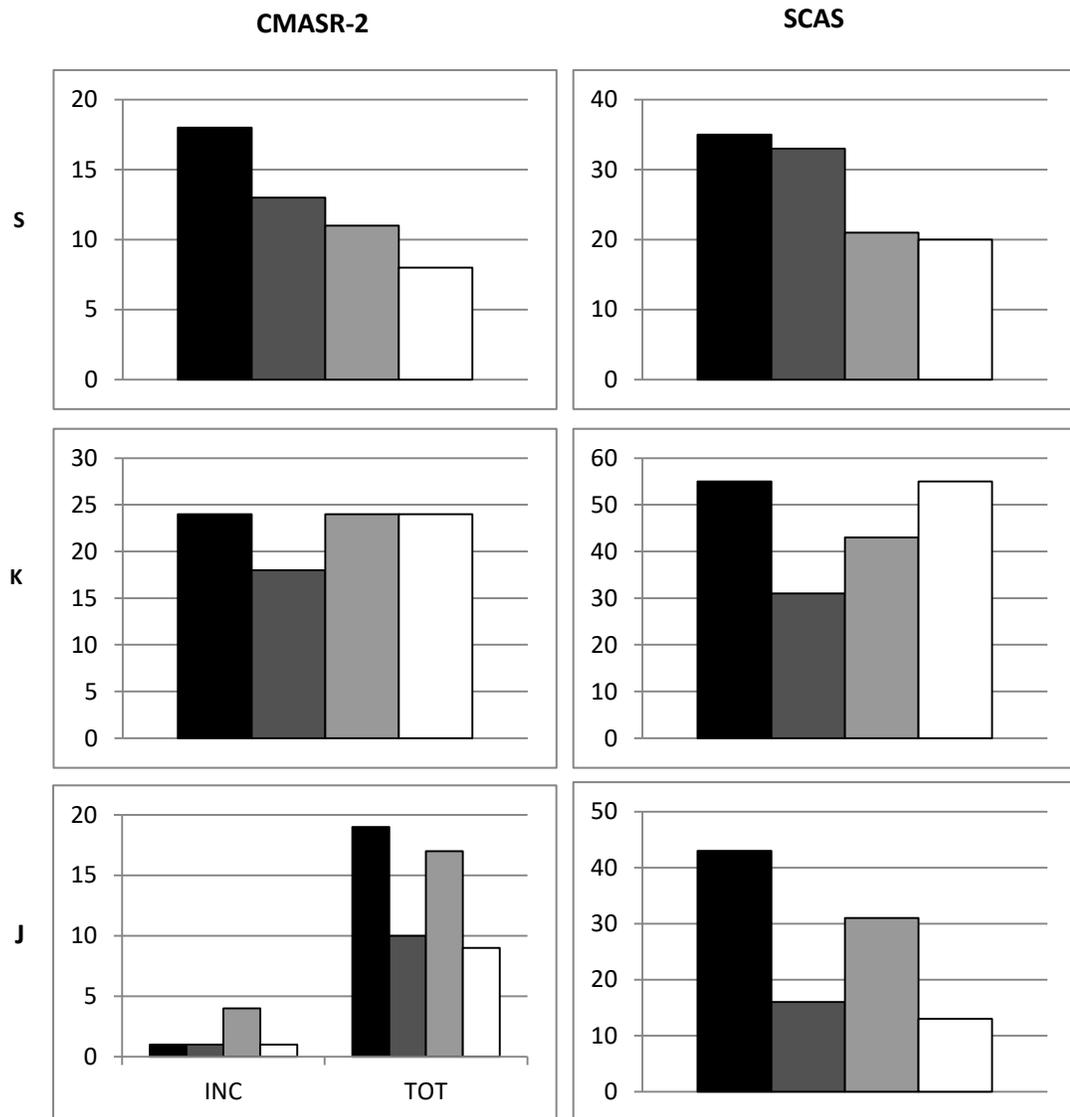


Figura 10: Las letras ubicadas a un costado de las gráficas señalan el paciente al cual pertenecen. Las gráficas ubicadas en la columna de la izquierda corresponden a la comparación Pretest-Posttest del CMASR-2 para cada uno de los pacientes, y las de la derecha corresponden a la comparación del SCAS. El eje de las X corresponde a la escala de Ansiedad Total –TOT- y el de las Y a la puntuación natural obtenida. En el caso del paciente J se muestra tanto la escala TOT como el Índice de Respuestas Inconsistentes –INC-.

■ Pretest      ■ Postest 1      ■ Postest 2      □ Postest 3

Tabla 22

*Datos cuantitativos y Cambio Clínico Objetivo –CCO, para CMASR-2 de los pacientes del Grupo C*

Paciente	Pretest	Postest 1	Postest 2	Postest 3	CCO Pre-Post 1	Interpr.	CCO Pre-Post 2	Interpr.	CCO Pre-Post 3	Interpr.
S	18	13	11	8	-0.27	CS	-0.38	CS	-0.55	CS
K	24	18	24	24	-.25	CS	0	CNS	0	CNS
J	19	10	17	9	-0.47	CS	-0.10	CNS	-0.52	CS

*Nota:* Interpr.: Interpretación. Pre-Post: Pretest-Postest. CCO: Cambio Clínico Objetivo. CS: Clínicamente Significativo, considerado a partir de CCO > -0.20. CNS: Clínicamente No Significativo

Tabla 23

*Datos cuantitativos y Cambio Clínico Objetivo –CCO, para SCAS de los pacientes del Grupo C*

Paciente	Pretest	Postest 1	Postest 2	Postest 3	CCO Pre-Post 1	Interpr.	CCO Pre-Post 2	Interpr.	CCO Pre-Post 3	Interpr.
S	35	33	21	20	-0.5	CS	-0.4	CS	-0.42	CS
K	55	31	43	55	-0.43	CS	-0.21	CS	0	CNS
J	43	16	31	13	-0.62	CS	-0.27	CS	-0.69	CS

*Nota:* Interpr.: Interpretación. Pre-Post: Pretest-Postest. CCO: Cambio Clínico Objetivo. CS: Clínicamente Significativo, considerado a partir de CCO > -0.20. CNS: Clínicamente No Significativo

Para el caso de S, se observa una disminución de las puntuaciones naturales para la escala Ansiedad Total –TOT- de ambos instrumentos, por lo que el postest 3 se redujo casi a la mitad en comparación con el pretest. De acuerdo con el CCO (Tablas 22 y 23), todas las comparaciones entre el pretest y las distintas aplicaciones de los postest resultaron ser clínicamente significativas.

En el caso de K, las puntuaciones naturales arrojadas no presentan cambio particularmente para la comparación pretest-postest 3, pues éstas fueron iguales para ambos instrumentos, lo que se traduce, según el CCO en que el cambio no fue clínicamente significativo (Tablas 22 y 23). En el postest 1 se observa un decremento de las puntuaciones, lo que para ambos instrumentos resulta ser clínicamente significativo según el CCO; pero en el caso del CMASR-2 éstas vuelven a ser las mismas para los postest 2 y 3 (cambios clínicamente no significativos); y en el SCAS, estas mediciones reflejan un aumento gradual hasta llegar al mismo nivel que el pretest. La disminución del puntaje en

el postest 1 puede ser explicado por haber sido medido inmediatamente al término del tratamiento, lo que corresponde a aprendizajes recientes; pero el incremento puede sugerir la falta de aplicación de éstos a situaciones cotidianas y que los aprendizajes no fueron lo suficientemente fuertes como para mantenerse a través del tiempo, probablemente por el poco apego al tratamiento dado tanto por la madre como por la paciente a lo largo de las sesiones.

Por último, para el paciente J se refleja una disminución de las puntuaciones a lo largo de las mediciones realizadas; sin embargo, en el postest 2 es notorio un incremento de la puntuación, acompañada de un Índice de Respuestas Inconsistentes –INC- elevado, lo cual puede señalar duda en la confiabilidad de las respuestas. Para la comparación pretest-postest 2 se arroja un cambio clínicamente no significativo de acuerdo con el CCO, y para el resto de las comparaciones se refleja lo contrario (Tablas 22 y 23). A pesar de ello, durante la cita planeada para tal efecto, se observaron datos clínicos de que la madre continuaba sobreprotegiendo al niño, pues el tono de voz con el que éste hablaba correspondía nuevamente a un niño de menor edad, además de que expresó preocuparse ante la negativa de J por quedarse solo en casa. Se les reflejó esto y se les comentó la importancia de continuar aplicando lo que ya se había trabajado en terapia, por lo que para la próxima cita, el tono de voz del paciente era más firme, claro y fuerte disminuyendo considerablemente el estilo aniñado que presentaba. Además, reportó la modificación de creencias distorsionadas y su cambio por otras más adaptativas al respecto de que el miedo está dentro de su cabeza y la falta de control que tiene ante los accidentes de la vida. Así, las puntuaciones nuevamente se regularizaron y fueron casi similares a las del primer postest.

### **Análisis grupal**

Se incluyeron los 10 casos réplica llevados a cabo durante este estudio y se consideraron las medidas tanto del pretest como del postest 3 para realizar su comparación con ambos instrumentos psicométricos empleados, utilizando el Software Estadístico SPSS ®. Como primer paso se calcularon los estadísticos descriptivos de los casos en

grupo, inicialmente con los datos del CMASR-2 y posteriormente con el SCAS. La Tabla 24 hace referencia a dichos datos para el primer instrumento.

Tabla 24

*Estadísticos descriptivos del grupo de acuerdo al CMASR-2*

	N	Media	Desviación estándar	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Pretest	10	21.90	6.951	11	35
Postest 3	10	10.20	5.846	4	24

*Nota:* N: Número total de participantes

En esta tabla puede observarse que el número de participantes (N) se mantuvo estable tanto para el pretest como para el postest 3. La media, correspondiente al cálculo del promedio entre todas las puntuaciones, fue para el pretest de 21.9 y para el postest de 10.20, lo que señala una reducción de poco más de la mitad en dicha comparación. La desviación estándar, que se refiere a una medida de dispersión de los datos, refleja similitud tanto para el pretest como el postest, variando únicamente por 1 punto: de 6.9 a 5.8, lo que quiere decir que es la cantidad de puntos que se alejan de los valores de la media. Los puntajes mínimo y máximo en la comparación pretest – postest reflejaron disminución, siendo que para el mínimo pasó de estar en 11 puntos y se redujo a 4, y para el máximo disminuyó de 35 a 24, que si bien no parece ser una gran diferencia, al observar los puntajes individuales de cada participante se notará que todos ellos iniciaron con puntajes de ansiedad distintos, algunos mayor que en otros, por lo que no podría ser posible esperar un decremento hacia puntuaciones exactamente iguales en todos los casos.

Se utilizó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para evaluar si el cambio entre la comparación pretest – postest 3 fue significativo, aplicada a ambos instrumentos por separado. Se consideraron las siguientes hipótesis:

H<sub>0</sub>: No existen diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad del instrumento (CMASR-2 o SCAS) antes y después del procedimiento llevado a cabo.

H<sub>1</sub>: Sí existen diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad del instrumento (CMASR-2 o SCAS) antes y después del procedimiento llevado a cabo.

La Tabla 25 señala los datos arrojados por la prueba de rangos con signo de Wilcoxon al respecto de la frecuencia de participantes que obtuvieron diferencias negativas, positivas o empates en la comparación posttest 3 – pretest del CMASR-2.

Tabla 25  
*Prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Frecuencias para el CMASR-2*

		N
Postest 3 - Pretest	Diferencias negativas <sup>a</sup>	9
	Diferencias positivas <sup>b</sup>	0
	Empates <sup>c</sup>	1
	Total	10

*Nota:* El superíndice señalado significa: a: Postest 3 < Pretest b: Postest 3 > Pretest c: Postest 3 = Pretest

En esta tabla se hace referencia a que nueve participantes tuvieron diferencias negativas o de disminución de puntuaciones en la comparación posttest 3 y pretest, y sólo un participante obtuvo un empate, es decir, su puntuación fue igual en ambas aplicaciones del instrumento, obteniendo  $w = -2.67$ ,  $p = .007$ ;  $p < 0.05$ , con lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa, lo que indica que sí existen diferencias significativas en las puntuaciones entre el pretest y el posttest 3 del grupo participante, pues los puntajes entre una y otra aplicación muestran un descenso de los niveles de ansiedad que los niños estaban presentando. Como se ha comentado ya, se sospecha que esta disminución puede ser debida al Tratamiento Cognitivo Conductual en combinación con el farmacológico, dada la condición de ingesta del medicamento en la que se encontraban los participantes al mismo tiempo que estaban llevando el Tratamiento Cognitivo Conductual.

La Tabla 26 muestra los estadísticos descriptivos obtenidos con los datos del SCAS.

Tabla 26  
*Estadísticos descriptivos del grupo de acuerdo al SCAS*

	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Pretest	10	42.7	24.649	18	101
Postest 3	10	21.60	16.788	4	55

*Nota:* N: Número de participantes

En esta tabla se puede observar que el valor de N (número de participantes) fue igual tanto en el pretest como en el posttest. La media se redujo de 42.7, valor obtenido en el pretest, a 21.60, valor del posttest 3, lo cual arroja un resultado similar a lo ocurrido con la prueba CMASR-2, en donde la diferencia de medias entre una y otra comparación corresponde a una reducción de los valores a la mitad. La distribución de las puntuaciones,

correspondiente a la desviación estándar, fue de 24.69 para el pretest y de 16.78 para el postest 3, lo que señala la cantidad de puntos que se alejan de la media. La desviación estándar del postest 3 en comparación con el pretest refleja una disminución, lo que indica que los datos tuvieron mayor ajuste en relación a la media, sin embargo, aún es grande, por lo que habrá que considerar los puntajes individuales para observar la disminución en cuanto a la puntuación obtenida al inicio y al final del tratamiento. En cuanto al valor de los puntajes mínimos, se observa una reducción de 18 a 4 en la comparación pretest – postest 3, y para los puntajes máximos, la reducción fue de aproximadamente la mitad, de 101 a 55 puntos en la comparación de ambas medidas.

La Tabla 27 indica los datos arrojados por la prueba de rangos con signo de Wilcoxon en relación al número de participantes que obtuvieron diferencias negativas, positivas o empates en la comparación postest 3 – pretest del SCAS.

Tabla 27  
*Prueba de rangos con signo de Wilcoxon. Frecuencias para el SCAS*

		N
Postest 3 – Pretest	Diferencias negativas <sup>a</sup>	9
	Diferencias positivas <sup>b</sup>	0
	Empates <sup>c</sup>	1
	Total	10

*Nota:* El superíndice señalado significa: a: Postest 3 < Pretest b: Postest 3 > Pretest c: Postest 3 = Pretest

Similar a los datos arrojados en la prueba de Wilcoxon del CMASR-2, esta tabla indica que en el SCAS, nueve participantes obtuvieron diferencias negativas de disminución de puntajes de ansiedad en la comparación postest 3 – pretest, y un participante obtuvo un empate, es decir, concluyó el procedimiento con la misma puntuación inicial, obteniéndose  $w = -2.66$ ,  $p = .008$ ;  $p < 0.05$ , lo cual lleva a la decisión de rechazar la hipótesis nula que corresponde a “No existen diferencias significativas en las puntuaciones de ansiedad del instrumento SCAS antes y después del procedimiento llevado a cabo”, por lo que existe evidencia a favor de que sí hay una diferencia significativa en los puntajes de ansiedad que el grupo de participantes presentó en la comparación pretest – postest 3.

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue evaluar el efecto del Tratamiento Cognitivo Conductual en niños de entre 8 y 11 años de edad con Trastornos de ansiedad, el cual fue cumplido a lo largo del proceso realizado de acuerdo con distintos indicadores observados en la evolución sintomatológica de cada uno de los casos.

Como se observa en los resultados, 10 de los 11 pacientes tratados, presentaron modificaciones en la frecuencia de ansiedad con una tendencia a la baja a lo largo de las diferentes fases llevadas a cabo, y sólo una participante presentó mantenimiento de la frecuencia en las Fases II y III a diferencia de la Fase I, en donde los síntomas iban en incremento. A dos de los pacientes –Rd y JC, del Grupo A- se les indicó la reducción del ISRS por notar mejoría clínicamente significativa; y el paciente S –del Grupo C- fue dado de alta de la institución por observar reducción en la severidad del trastorno.

Asimismo, el Cambio Clínico Objetivo –CCO, de Cardiel (1994) fue clínicamente significativo en la comparación entre el pretest y las diferentes aplicaciones del postest, a excepción de los pacientes D y Rd quienes mostraron un empeoramiento significativo en los postest 2 y 1 respectivamente, pero para las últimas aplicaciones obtuvieron resultados clínicamente significativos. Para la paciente que no logró disminución de los síntomas sino mantenimiento, el CCO de los postest 2 y 3 no fueron clínicamente significativos.

En cuanto al análisis grupal de los casos réplica realizado a través de la prueba de rangos con signo de Wilcoxon, también se observa que los cambios ocurridos en las comparaciones pretest – postest 3 tanto del CMASR-2 como del SCAS fueron significativos, pues nueve de los 10 participantes presentaron reducción de los niveles de ansiedad, y sólo uno presentó mantenimiento en ambas mediciones.

Una variable de difícil control que se presentó a lo largo de este procedimiento, fue que todos los pacientes estuvieran bajo tratamiento farmacológico desde su primer contacto con el Hospital –historia clínica-, además de que cinco de los 11 participantes recibieron ajustes de dosis en las citas subsiguientes con su médico tratante. Por criterios institucionales y éticos, no fue posible controlar estas condiciones, por lo que todos los participantes –a excepción del estudio piloto- estaban llevando la farmacoterapia indicada a la par del tratamiento psicológico.

A pesar de estas condiciones, existen indicios que demuestran la efectividad de la terapia cognitivo conductual para este tipo de padecimientos en esta población, pues de acuerdo con la información arrojada por el Registro Conductual Diario, se puede observar que para la mayoría de los casos la farmacoterapia pudo haber generado sólo una mejoría parcial en la manifestación de los síntomas. Tal fue el caso de los pacientes R, A y JC – pertenecientes al Grupo A-, que aún cuando el efecto del ISRS ocurrió durante la Fase I Evaluación, los síntomas todavía se mantuvieron en niveles elevados durante aproximadamente 3 o 4 semanas más, pero con el inicio del Tratamiento Cognitivo Conductual se comenzó a observar la disminución de los síntomas de forma gradual.

Asimismo, el paciente H –del Grupo B- llevaba dos meses con quince días ingiriendo Fluoxetina y aún había presencia de síntomas ansiosos en niveles que afectaban su funcionalidad física y psicológica; además, ante una situación familiar adversa, la ansiedad se exacerbó en niveles incluso mayores a los de la Línea Base. Cuando el Tratamiento Cognitivo Conductual iba en curso, los síntomas iban disminuyendo incluso antes del segundo aumento de la dosis del medicamento.

Similar a H sucedió con los pacientes C -estudio piloto- y S y J –del Grupo C-; pues se encontraban en condiciones estables en relación al medicamento psiquiátrico a lo largo del proceso realizado. En el caso de C, no estaba ingiriendo tratamiento farmacológico por decisión de la madre; S ya había tomado Sertralina y hacía 1 año se había decidido su suspensión por notar mejoría; y J estaba ingiriendo Sertralina desde tres meses atrás. A pesar de esto, los síntomas ansiosos continuaban manifestándose en niveles elevados, pero cuando el Tratamiento Cognitivo Conductual inició, la frecuencia con la que ocurrían se disminuía gradualmente.

En el caso particular de D –del Grupo A- el primer efecto del medicamento estaba surgiendo durante la Fase I y aun con ello se notaban síntomas al mismo nivel para las 3 semanas próximas, sin embargo, se le indicó el aumento de dosis, cuyo efecto comenzó a presentarse a la par que se había comenzado con la TCC, lo que dificulta conocer si uno u otro factor fueron los agentes de cambio. Para el caso de Rd –del mismo grupo- puede sospecharse que la disminución inicial de los síntomas fue debida al tratamiento farmacológico, pues una semana posterior a su efecto se registró su disminución, y

posterior a ella se inició la terapia cognitivo conductual, por lo que no se puede saber si dicha tendencia se hubiera mantenido con únicamente la ingesta del medicamento. Los casos de Q y K –del Grupo A y C, respectivamente- presentaron condiciones particulares con sus cuidadoras primarias, por lo que las tendencias de cambio registradas a través de las semanas están sujetas a su análisis individual.

De este modo se puede decir que aun cuando no logró ser controlada la variable de la ingesta de medicamento, sí pudo observarse que el Tratamiento Cognitivo Conductual ayudó a los pacientes a disminuir los síntomas; sin embargo, no es posible identificar si en aislado hubiera tenido el mismo alcance, pues siempre estuvo en combinación con el otro. Para poder conocer el efecto de uno u otro tratamiento en cuestión, el diseño metodológico debió ser distinto, empleando grupos control y experimentales, uno por cada tipo de tratamiento, y en el caso de la farmacoterapia, hacer diferencias en el tipo de ISRS y las dosis iniciales y de aumento.

Además de ello, no es posible identificar el nivel en el que se encontraba la ansiedad antes de ingerir el medicamento pues no hay registro de ello, pero se puede sugerir que, al menos para estos pacientes, en caso de que la ansiedad estuviera en niveles todavía más elevados, el medicamento ayudó a la mejoría parcial pero no lo suficiente como para eliminar el malestar emocional en los niños, ni modificó las creencias distorsionadas o erróneas que según la TCC generan y mantienen la sintomatología ansiosa.

Así, la terapia cognitivo conductual ayudó a los niños a modificar las creencias irracionales o disfuncionales que estaban reportando ante diferentes situaciones, pues al término del proceso eran más realistas y actuaban en concordancia con ellas. Según los autores pioneros en este tipo de terapia (Ellis, 1990; Ellis y Abrahms, 1980; Ellis y Grieger, 1981; Beck, 1979; Beck et al., 2014; Beck et al., 2005; Beck y Wynnewood, 1964; Beck, 2000a; Beck, 2000b) cuando las creencias disfuncionales son modificadas, las emociones displacenteras disminuyen en intensidad y frecuencia, incluyendo a la ansiedad perturbadora.

Es importante hacer notar que a cinco de los 11 participantes se les aumentó la dosis del medicamento pese a que ya había sido registrado una disminución en la ansiedad manifiesta y había una tendencia a la baja, lo cual probablemente ocurrió por la carencia de

formas de medición objetivas en las citas subsiguientes con el médico tratante que permitieran realizar un monitoreo de los síntomas y así conocer la evolución del menor de forma más fidedigna.

De acuerdo con estos casos, se logra identificar que algunos pacientes pueden mejorar considerablemente con un primer inicio de dosis de ISRS asociado al Tratamiento Cognitivo Conductual, lo cual puede reducir los efectos secundarios asociados a la ingesta (Black y Andreasen, 2015; Creswell y Waite, 2016; Reid et al., 2015) y los costos en medicamentos, así como la duración del tratamiento, pues en este estudio los objetivos terapéuticos eran logrados en cada paciente en alrededor de las 13 sesiones de intervención (tres meses y medio aproximadamente) a diferencia de la farmacoterapia en aislado, en donde se requiere de 1 año aproximadamente con el mantenimiento de la dosis a partir de que los cambios fueron observados (Cárdenas et al., 2010; Martínez-Ortiz et al., *s. f.*). Esto sostiene lo que algunos autores (Creswell et al., 2014; Ipser et al., 2009; Olivares et al., 2003; Sawyer y Nunez, 2014; Scott et al., 2005) han reportado respecto a que el tratamiento farmacológico en combinación con el Tratamiento Cognitivo Conductual posee mayor efectividad que cualquiera de los dos por sí mismos. Sin embargo, es importante considerar la aportación sugerida por Creswell y Waite (2016), quienes argumentan que la línea de tratamiento deberá ser elegida mediante la revisión de la severidad del trastorno, lo cual ayudará a dirigir el nivel de complejidad del tratamiento a llevar a cabo.

Las funciones de la farmacoterapia a lo largo del Tratamiento Cognitivo Conductual pudieron relacionarse con optimizar el curso de cada una de las sesiones al implicar aspectos como la disminución de la activación emocional (Guzmán, *s. f.*) y por tanto generar un desbloqueo cognitivo, lo que permitió aumentar las posibilidades de reflexionar sobre el propio pensamiento, identificar distorsiones en sí mismo y generar un cambio. Sin embargo, en muchas ocasiones se encontró el inconveniente de que los pacientes no lograban identificar esto último, por lo que atribuían sus logros a un locus de control externo como lo era la ingesta del medicamento, y entonces, al no asumirse como agentes de cambio y control de sus propias emociones, la motivación para aplicar las estrategias aprendidas se veía disminuida (Weiner, 1986) y se generaba cierta dependencia al medicamento bajo la creencia de que si no se tomaba, la ansiedad seguiría exactamente igual. Si esta creencia continuaba y si no se ponían en práctica las estrategias de debate de

pensamiento y modificación de comportamientos, las creencias disfuncionales se mantendrían y la ansiedad no sufriría ningún cambio si no era con la ingesta del medicamento (Beck, 1979; Beck, 2000a; Beck, 2000b; Beck et al., 2014; Beck et al., 2005; Beck y Wynnewood; 1964; Ellis, 1990; Ellis y Abrahms, 1980; Ellis y Grieger, 1981; Weiner, 1986), lo cual resultó ser un elemento a trabajar con los niños para asumir el control que tienen en su autorregulación emocional, por lo que al término del tratamiento existía el reporte verbal tanto del niño como del adulto de haber comenzado a emplear las estrategias aprendidas de forma espontánea cuando lo creían conveniente.

Por otra parte, los síntomas principales manifestados por los niños participantes eran preocupación y miedo de que algo negativo les ocurriera a sus padres o a ellos mismos, a hacer el ridículo frente a los demás, la presencia de pesadillas, el miedo a la obscuridad, la preocupación por la aprobación de los otros, principalmente. De acuerdo con Méndez, Olivares y Bermejo (2002), el curso del desarrollo normo evolutivo señala la existencia de miedos normales en diferentes edades; en concordancia con los fines de este trabajo, refieren que entre los 8 y 12 años de edad los miedos esperados son a la separación, a los animales, a la obscuridad y al daño físico, con aumento hacia los seres imaginarios, las calificaciones, las relaciones sociales y la muerte, por lo que aparentemente, algunos de los síntomas que los niños participantes presentaron serían normales y no requerirían de intervención psicológica. Sin embargo, es necesario recordar la puntualización realizada por Kazdin (2011b) y Cormier y Nurius (2003), en donde el aspecto más importante para identificar si se requiere o no de intervención, será el grado de deterioro en el funcionamiento que el paciente esté presentando a pesar de que su presencia sea normal y esperada en el desarrollo. En los participantes había un gran deterioro en el funcionamiento, pues en algunos de ellos existían enfermedades médicas debido a la presencia de ansiedad, conductas demandantes de atención hacia sus padres, pobre aprovechamiento escolar por la ansiedad ante el desempeño, entre otros.

Respecto a las características cognitivas, fue notorio que en su mayoría mostraban ideas recurrentes respecto a la “certeza” de que sus padres o ellos mismos pasarían por una situación negativa que los pondría en peligro, por ejemplo, el ser asaltados o robados. Como consecuencia, mostraban renuencia a ser separados de sus cuidadores, a salir a la calle en la noche o bien subirse al transporte público –conducta evitativa-, situaciones que

generaban ansiedad y afectaban su funcionalidad física y psicológica, pues en ocasiones esta emoción era tan intensa que sus padres tenían que quedarse con ellos la mayor parte del tiempo para evitar el llanto, lo cual es correspondiente con lo señalado por Reynolds y Richmond (2012) respecto a las características de la ansiedad.

La conducta de evitación presentada por los niños corresponde a lo que en años anteriores la teoría conductista de Skinner (1953/2014), la teoría del aprendizaje social de Bandura (1963) y más tarde la teoría del afrontamiento de estrés de Lazarus y Folkman (Evans y Cohen, 1987) habían señalado respecto a que, cuando una conducta es seguida de un estímulo negativo, o de la evaluación negativa del mismo –evaluación primaria según Lazarus y Folkman-, el individuo tenderá a escapar o huir de la situación, ya sea porque esto le haya ocurrido directamente a él mismo o bien, lo haya observado de alguien que es importante para él. Se dice que la conducta de evitación genera un reforzamiento y provoca que la ansiedad/miedo continúen presentándose (Skinner, 1953/2014), y luego de que está establecida, tenderá a aplicarse a otros estímulos similares que surgen en el ambiente por lo que comenzará a generalizarse (Berger, 2006; Pavlov, 1929/1997; Watson, 1947/1976).

Las distorsiones cognitivas en los niños participantes también eran acordes a lo que la literatura ha reportado, en donde la visión de túnel, el pensamiento catastrófico, la sobre generalización, el salto a conclusiones y los sentimientos de indefensión (Beck et al., 1985/2014; Clark y Beck, 1954/2010; Evans y Cohen, 1987; Lazarus y Folkman, 1991), por mencionar algunas, se hacía evidente. Un ejemplo de ellas fue que, aquellos pacientes que habían sido asaltados en el pesero cuando eran más pequeños o habían vivido una situación cercana a esto, pensaban que “siempre que salieran a la calle y se subieran a un pesero, serían asaltados”, como fue el caso de JC, H, S y J. Otros más explicaban las situaciones disparadoras de ansiedad como los exámenes con verbalizaciones como “no puedo lograrlo porque soy tonto”, como fue el caso de A, K y R; o bien, expresaban frases con contenido catastrófico como “cometer errores en las tareas es terrible, me bajarán puntos, reprobaré la materia y no podré llegar a la universidad para ser alguien en la vida”, como lo era el caso de R o de S.

Además de las anteriores, el pensamiento de los niños estaba centrado en los detalles negativos de las situaciones con lo cual saltaban a conclusiones en su mayoría

distorsionadas, filtraban los elementos positivos y las pruebas empíricas que podían hacerles tener una visión más objetiva y explicar de forma más realista los sucesos, por lo que el circuito de alarma estaba sobre activado de forma cotidiana. Esto está relacionado con lo que Aaron Beck (1979) señala respecto al estilo de procesamiento de la información como característica de los individuos ansiosos.

Sin embargo, no todos ellos eran catalogados como irracionales de acuerdo con la definición de Ellis (Ellis y Grieger, 1981), pues los asaltos y los robos constantes son una realidad que se vive en la Ciudad de México y en otras ciudades con un gran número de habitantes. Sería un gran error tratar de convencer a los niños de que no les va a volver a ocurrir algo similar o de que nunca les va a pasar, pues ciertamente habitamos en una ciudad en la que estos eventos son relativamente comunes. Al respecto se le hacía notar que estos sucesos son multifactoriales, diferenciándose entre aquellos que son controlables y los que no, por ejemplo: el cuidarse a sí mismo *versus* la inseguridad de la colonia en la que vive. En psicoterapia y con base en las aportaciones teóricas del modelo atribucional de Weiner (1986) se hace especial énfasis en la diferenciación de los eventos que pueden ser controlables de los que no, siendo responsables de los primeros y actuando con base en ellos. Esta diferenciación permite hacer matices en el pensamiento, delegar responsabilidades y disminuir la culpa en caso de que dicha situación se presente (Friedberg y McClure, 2005; Weiner, 1986).

Por otra parte, los Trastornos de ansiedad de los niños participantes no se presentaron aisladamente, sino que todos reportaron comorbilidad con algunos otros, a excepción de uno –estudio piloto- que era un diagnóstico puro de Trastorno de Ansiedad Generalizada –TAG-. En el resto, la combinación más frecuente fue entre TAG y el Trastorno de Ansiedad por Separación –TAS- y el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad –TDAH-, lo que coincide con lo reportado por Martínez-Ortiz et al., (s. f.) y Angold et al. (1999) respecto a las comorbilidades más frecuentes para los Trastornos de ansiedad infantil.

La comorbilidad entre TAG y Episodio depresivo moderado –EDM- reportada como mayor en las investigaciones recientes (Brown et al., 2001; Avenevoli et al., 2001; Axelson y Birmaher, 2001), solo fue encontrada en dos pacientes (participante A y K),

aunque algunos que aparentemente no presentaban ese diagnóstico, referían síntomas depresivos al reportar tristeza persistente e irritabilidad ante diversas situaciones actuales; sin embargo, se cree que la comorbilidad entre estos dos diagnósticos pudo haberse presentado en mayor medida, pero por los criterios de inclusión a este estudio su participación fue negada, pues en esos pacientes el diagnóstico de base era EDM y se requería realizar mayores ajustes al tratamiento psicoterapéutico para tratar en primera instancia los síntomas depresivos.

De acuerdo con Brown et al. (2001), la comorbilidad entre TAG y Fobia social es también una de las principales, sin embargo, ningún participante obtuvo dicho diagnóstico a pesar de que era notoria su preocupación por dar una imagen positiva ante los demás, en una lucha constante por evitar ser criticados o juzgados tanto por sus padres como por los niños de su edad, negarse a participar en la escuela frente a sus compañeros, o angustiarse por obtener bajas calificaciones por miedo a la crítica y a la burla (APA, 2013; Castejón et al., 2010; Reynolds y Richmond, 2012;). Esto puede ser explicado probablemente porque a pesar de existir síntomas, los pacientes no cumplieron con los criterios de temporalidad, inicio y mantenimiento marcados por el CIE-10 y DSM-V (APA, 2013; OMS, 2003), por lo cual no se pudo establecer el diagnóstico y la comorbilidad formalizada entre TAG y Fobia social aparentemente es nula en este estudio.

En cuanto a la comorbilidad reportada entre TAG y TDAH, la mayoría de los niños ingerían medicamento extra para el control de los síntomas de éste último, y por tanto, éstos no se manifestaron por completo durante las sesiones de psicoterapia. Para el participante JC, uno de los niños que presentaba esta comorbilidad, en varias ocasiones la abuela lo llevaba a consulta sin darle el medicamento por la mañana, por lo que era más complicado lograr centrar la atención del paciente en el contenido de las sesiones, pues se distraía y se levantaba de su asiento constantemente; sin embargo, esto resultó ser de gran utilidad para ejemplificar al menor la función de las autoinstrucciones en el control conductual, en donde hablándose a sí mismo y dándose órdenes en voz alta y despacio, así como respirando diafragmáticamente, lograba disminuir su inquietud y hacer un esfuerzo por centrar su atención. Cuando ingería el medicamento, aunado a la aplicación de las técnicas anteriores, los resultados en su autocontrol eran más favorables. Este autocontrol se aplicó posteriormente a la autoregulación emocional, como ha sido reportado por Meichenbaum

(1979) y Friedberg y colaboradores (2005) en donde el entrenamiento al niño para hablar consigo mismo generará resultados positivos para el manejo de sus emociones y la guía de su conducta.

Como ha sido mencionado por autores como Zhang (2011), Wilson y Lynn (2013) y Weems y Silverman (2013), la sintomatología ansiosa de los niños se ve relacionada íntimamente con los síntomas afectivos de los cuidadores primarios, pues como señalan Ellis, Beck y Bandura (Bandura, 1963; Bandura y Walters, 1974; Beck, 1995/2000a; Beck, Freeman y Davis, 1990/2005; Beck y Wynnewood, 1964; Ellis y Grieger, 1981) una de las formas de aprendizaje de los niños es mediante la observación del comportamiento y las emociones por parte de las personas que son significativas para ellos.

Los cuidadores primarios de los niños participantes manifestaron síntomas afectivos principalmente relacionados con ansiedad y depresión, que si bien algunos no contaron con un diagnóstico psiquiátrico formal, sí existían datos para su envío a atención psiquiátrica y psicológica, tales como el reporte verbal de la presencia de emociones displacenteras, el desgano ante diferentes actividades, la sobreprotección hacia sus hijos por miedo a que les ocurriera algo negativo, el llanto frecuente, por mencionar algunas. Dada la condición señalada por Ellis, Beck y Bandura (Bandura, 1963; Bandura y Walters, 1974; Beck, 1964; Beck, 1995/2000a; Beck, Freeman y Davis, 1990/2005; Ellis y Grieger, 1981), si los síntomas afectivos de los cuidadores primarios no son modificados, el niño continuará aprendiendo estas formas de expresión emocional y la evolución del caso tendrá pocas posibilidades de mejora.

Las tareas que se solicitaba a los cuidadores primarios a lo largo del proceso implicaban un grado de esfuerzo importante, partiendo del hecho de que a los niños se les dificulta identificar elementos emocionales en los trastornos internalizados (Martínez-Ortiz et al., *s. f.*) y que para su adquisición, primero se requerirá de la ayuda del otro y posteriormente se internalizará para tener el control de la propia regulación emocional (Vygotski, 1996; Sandia-Rondel, 2004).

Así, se les pedía su colaboración con el menor para: 1) identificar los estados emocionales implicados ante situaciones de la vida cotidiana, 2) identificar las situaciones disparadoras, 3) indagar sus pensamientos o sus creencias involucradas, 4) comenzar con

un diálogo interno que permitiera la autorregulación emocional, 5) llevar a cabo la búsqueda y la implementación de estrategias de tipo cognitivo conductual que de igual forma permitieran y complementaran el manejo óptimo de la ansiedad.

Se identificó que estos síntomas emocionales afectaban directamente la severidad y el pronóstico del tratamiento de los pacientes, dado que para ellos fue una tarea muy compleja tratar de seguir al pie de la letra dichas indicaciones pues se encontraban tratando de sobrellevar sus propios trastornos internalizados, en una lucha constante por quitar de su mente pensamientos recurrentes negativos y por tanto emociones de tristeza, angustia y melancolía frecuentes. Tal fue el caso de la madre de K, a quien le costaba mucho trabajo seguir las indicaciones otorgadas durante las sesiones para contener emocionalmente a la menor cuando estaba triste o preocupada; dicha dificultad se vio reflejada en los resultados obtenidos, pues el curso del trastorno finalizó únicamente en su mantenimiento y no en su decremento.

De acuerdo con la literatura, existen datos suficientes para afirmar que este trastorno tiene una gran fuerza genética (Gregory y Eley, 2011; Hettema et al., 2006; Millet et al., 2003; Weems y Silverman, 2013; Zhang, 2011) respecto a la desregulación del sistema serotoninérgico, dopaminérgico y gama-aminobutírico (GABA), lo cual incrementa las probabilidades de que los síntomas se manifiesten si el contexto en el que el menor se desenvuelve es negativo y de riesgo (Belsky y Beaver, 2011). Si bien el procedimiento llevado a cabo no contó con estudios genéticos para delimitar esta influencia, es posible sospechar que existe un deterioro en el funcionamiento de dichos sistemas en los niños dado que sus cuidadores primarios también presentan tales características sintomatológicas.

Así, se brinda especial importancia a la necesidad de que los cuidadores primarios también estén bajo tratamiento psicológico y psiquiátrico a la par que los niños; si no es posible dentro de la misma institución, al menos sí en alguna otra que permita llevar a cabo tratamientos paralelos y complementarios, lo que supondría un pronóstico más favorable del caso, la prevención de recaídas, y la generalización de los aprendizajes a otros contextos, incluso sería interesante comprobar si esto podría generar una disminución en el tiempo del tratamiento de los síntomas y una mayor efectividad tanto a corto como a largo plazo.

Otros autores (Beesdo, Knape y Pine, 2009; Repetti et al., 2002) han reportado que el tipo de ambiente en donde los niños se desenvuelven puede generar mayores probabilidades para desencadenar la sintomatología ansiosa, por ejemplo aquellos que son disfuncionales con presencia de maltrato, falta de atención, crianza deficiente, relaciones familiares frías, etcétera. Los pacientes K y Q presentaron este tipo de dinámica familiar caracterizada por una falta de apego seguro hacia su cuidador primario, por lo que carecían de un soporte que los guiara hacia una regulación emocional más apropiada (Bowlby, 1998; Sroufe, 1995/2000), y por tanto, se preocupaban frecuentemente por su propio bienestar y se esforzaban por obtener la aprobación y atención de sus cuidadores primarios, lo cual constituía una expectativa poco realista.

Por el contrario, cuando existe sobreprotección por parte de los cuidadores, caracterizada por resolver los conflictos al niño y no permitir que experimente emociones negativas, es más frecuente la ocurrencia de los Trastornos de ansiedad; tal fue el caso de la madre del participante J, a quien le costaba trabajo disminuir la sobreprotección por el temor a que el menor llorara, estuviera triste o preocupado, con lo cual el paciente se percibía a sí mismo como incapaz de hacer frente a diferentes situaciones, se paralizaba, lloraba y pedía que su madre estuviera cerca de él en todo momento; lo cual de igual modo corresponde al establecimiento de un apego inseguro, la presencia de ideas de minusvalía y la adquisición de un locus de control externo (Bowlby, 1998; Grieger y Boyd, 2006; Sroufe, 1995/2000; Weiner, 1986).

La literatura ha reportado (Jin et al., 2014; Ries et al., 2009) que existen mayores probabilidades de que los niños presenten Trastornos de ansiedad cuando los padres presentan un nivel de escolaridad bajo, pues existe en ellos una baja satisfacción con los logros personales por lo que se muestran preocupados por su desempeño a lo largo de la vida, o bien, tienden a sobre exigirles a sus hijos que logren lo que ellos no pudieron. Esto se ve reflejado en los datos arrojados por las madres de algunos de los participantes, quienes presentaron niveles educativos bajos y tendían a sobre exigirles que “llegaran a ser alguien en la vida”, para lo cual debían obtener calificaciones de excelencia y nunca equivocarse, como el caso de Q y de S.

Aunado a ello, otro elemento que debe ser considerado en la aparición de los Trastornos de ansiedad infantil, es el tipo de temperamento del niño, pues aquellos con temperamento difícil tenderán a requerir más tiempo para lograr regularse emocionalmente de forma adaptativa (Beesdo, Knape y Pine, 2009; Eysenck, 1947; Hettema et al., 2006; Magallón-Neri, Canalda y de la Fuente, 2014;). Particularmente a los casos D, Rd y H, les costaba más trabajo en comparación con los otros lograr modificar su forma de pensar y convencerse de la distorsión de sus creencias, incluso para D se requirió prolongar el seguimiento hasta tener mayor certeza de que la modificación de los síntomas se estaba manteniendo a través del tiempo. Una de las explicaciones generadas al respecto sería el correlato biológico de un tipo de temperamento difícil, ante lo cual las sesiones de psicoterapia se debieron ajustar para hacer mayor énfasis en las estrategias cognitivas o conductuales en función de la facilidad que éstas implican para cada paciente.

Por otra parte, entre las actividades realizadas a lo largo del procedimiento llevado a cabo, se destaca la importancia de la evaluación psicológica como un actuar previo al inicio de cualquier tipo de tratamiento realizado por el Psicólogo Clínico, pues con base en la aplicación de diversas estrategias se permite identificar las distintas características con las que cuentan los pacientes y la forma en cómo están interactuando, para de este modo idear un plan de tratamiento lo más acorde posible a sus necesidades y se incrementen las posibilidades de su efectividad (Creswell et al., 2014; Fernández Ballesteros, 2013).

En la evaluación psicológica propuesta por este estudio, se contó con diversas fuentes de información, la primera de ellas otorgada por los padres, para posteriormente dar oportunidad al paciente de argumentar cómo vive las situaciones y las atribuciones generadas al respecto. Además, se contaron con los datos cuantitativos brindados por ambos instrumentos psicométricos -CMASR-2 y SCAS-, asociado a los Registros Conductuales Diarios llenados por los cuidadores del menor. Gracias a todas estas herramientas, se logró realizar un diagnóstico psicológico más amplio y certero que permitió conceptualizar el caso de una forma más detallada con mayor claridad de las características particulares.

El formato de Registro Conductual Diario fue una herramienta utilizada como una forma de medición y evaluación continua de la conducta ansiosa a lo largo del proceso, y

además, para algunos de los padres como lo fue el caso de J y de Rd, ayudó como un medio de retroalimentación visual (Domínguez y Vázquez, 2000) al respecto de los avances que iban teniendo semana con semana, estableciendo un comparativo del antes y el después, y con ello motivarse para establecer metas cortas e ir disminuyendo los síntomas.

En varias ocasiones se encontró el inconveniente de que algunas cuidadoras, por distintas razones, olvidaban llenar y llevar a la sesión el Carnet del registro, además de que tendían a dejar a la memoria los eventos ocurridos días anteriores al llenarlo un día antes de la sesión, lo cual constituía un sesgo. Por ejemplo, en el caso de la paciente K, esto fue mayormente evidente, pues la madre en un inicio no entendió del todo la forma en la que se llenaba dicho Carnet y tendía a omitir datos ocurridos al no apuntarlos, además de que algunas veces mentía en lo que anotaba, pues no correspondía con lo que reportaba de forma verbal. Por esta razón, se planteó la necesidad de solicitarle a la menor que ella también llenara un formato y así tener mayor información de lo ocurrido durante la semana, además se comenzaría a favorecer el conocimiento de sus propios estados emocionales y su posterior control.

En este último punto, habrá que considerar con gran cuidado las diferencias entre uno y otro registro de ambos informantes pues los eventos que anoten serán acordes a la percepción de la situación que se vive y a la identificación de las emociones generadas (Ellis y Grieger, 1981), pues en algunos casos los padres no logran identificar factores internalizados de sus hijos con gran certeza, o los niños no logran nombrar su estado emocional adecuadamente, por lo que puede pasar desapercibido.

Asimismo, en las entrevistas dirigidas tanto a los cuidadores como al paciente, en varias ocasiones el terapeuta se encuentra con información contradictoria cuya primera impresión se reduce a “alguno de los dos está mintiendo”, corriendo el riesgo de querer decidir a quién darle la razón; sin embargo, ambas fuentes de información deberán considerarse con cautela, pues ambos están proporcionando su percepción e interpretación ante diversas situaciones y ciertamente tanto el adulto como el niño lo viven de manera distinta, influenciada por la etapa del desarrollo en la que se encuentran, atribuciones, expectativas, distorsiones cognitivas, entre otras (Ellis y Grieger, 1981). Ejemplo de ello es la participante K, en donde se le pidió a la madre que jugara en la obscuridad con la menor

como tarea en casa, de tal manera que poco a poco se lograra hacer más tolerante a dicho estímulo. A la siguiente sesión, la madre reportó en el Carnet, que K había estado “muy agresiva al jugar, tanto que hasta le había pegado intencionalmente”. Al indagar con la menor, reporta que estaban jugando *guerra de almohadas* y ella pensaba que quien pegara más fuerte iba a ganar.

La misma situación ocurre en los instrumentos psicométricos utilizados, en donde Sattler (2002) refiere que los datos obtenidos deberán utilizarse cuidadosamente y ser integrados a alguna otra fuente de información, pues en su aplicación y resolución existen diferentes sesgos que pueden alterar los datos, tales como: el estado de ánimo al momento de la aplicación, el poco entendimiento de las preguntas o las dificultades cognitivas, el déficit de atención, la poca claridad en cuanto a la identificación e interpretación de los propios estados emocionales, así como la defensividad al momento de contestar las preguntas en un intento que el paciente hace por protegerse a sí mismo y dar una imagen positiva frente a los demás.

En los pacientes que presentaron comorbilidad con TDAH se observó dificultad para poner atención y concentrarse en las tareas que requerían esfuerzo mental, como lo eran las dos aplicaciones de los instrumentos, por lo que en algunas ocasiones parecían no entender bien la pregunta a causa de la distracción. Asimismo, las dificultades en el aprendizaje en algunos otros también fueron manifiestas al no entender correctamente la pregunta y solicitar que se les repitiera en varias ocasiones. Ejemplo de ello fue el caso de J, quien presentaba ambas características, por lo que en el postest 2 obtuvo una puntuación significativa en el Índice de Respuestas Inconsistentes –INC-, lo que según la prueba, podría sugerirse poca confiabilidad en sus respuestas. Dadas las condiciones atencionales de los pacientes tratados, se podría sugerir la pertinencia de aplicar los instrumentos en sesiones distintas, o bien, aplicar sólo el que permita obtener mayor información confiable acerca del padecimiento del menor.

Por las características ansiosas, los niños proporcionaban respuestas para hacer creer al entrevistador una imagen positiva de sí mismos, lo que hacía que puntuaran en niveles altos en la escala de Defensividad, como lo fue el caso de Rd, quien a pesar de observar su comportamiento ansioso en las sesiones de psicoterapia, negaba por completo los síntomas

y decía “nunca ponerse nervioso”. Esto tiene una implicación importante al momento de revisar las puntuaciones para el resto de las escalas, pues con una puntuación alta de Defensividad se corre el riesgo de que las respuestas proporcionadas no sean del todo certeras.

Además de lo anterior, se identificó que los niños presentaban dificultades en la identificación de la temporalidad y su percepción al respecto de los eventos expuestos en los reactivos de ambos instrumentos, en donde pese a ya no reaccionar con ansiedad ante los eventos que antes la disparaban, continuaban pensando que esto todavía sucedía, a pesar de ya no haberse presentado en el último mes según el reporte verbal y los registros en la Fase de Seguimiento. Esta respuesta además está relacionada con la capacidad de los niños para incorporar a su estructura cognitiva los comportamientos distintos que han tenido pero que no los han identificado como parte de ellos mismos y de su autoconcepto. Para lograr esto, se requerirá de mayor generalización de los cambios obtenidos y su establecimiento como hábitos a través del tiempo (Maldonado, 2006).

Todo lo anterior pretende enfatizar la importancia de integrar los datos cuantitativos arrojados por los instrumentos a la observación clínica del menor, al reporte verbal tanto del paciente como de sus cuidadores, así como a la información arrojada por el Registro Conductual Diario, y así identificar la evolución del caso de una manera más certera.

Al respecto de los dos instrumentos aplicados (CMASR-2 y SCAS), es importante comentar que ambos presentan ventajas y limitaciones uno por sobre del otro:

Particularmente, en el caso del CMASR-2, según el manual de aplicación, contaba con una confiabilidad alta (alfa de Chronbach de 0.87) (Reynolds y Richmond, 2012) y su estandarización para población mexicana fue realizada recientemente (año 2012); sin embargo, los datos cuantitativos arrojados en el estudio piloto demostraban algunas discrepancias que requirieron ser atendidas. Entre ellas se encuentran:

- 1) La cantidad de reactivos señalados por el manual difiere de los que se encuentran referidos en la plantilla de calificación y en la hoja de perfil,
- 2) En el manual se hace referencia aún a la cantidad de reactivos obtenida en la estandarización americana y no en la mexicana, como sería esperado,

3) Al transformar las puntuaciones T en descriptores cualitativos, se observa que para una puntuación aparentemente alta, el descriptor correspondiente es “no más problemático que para la mayoría de los estudiantes” (por ejemplo, con el participante C – estudio piloto-), lo cual no corresponde con las manifestaciones clínicas señaladas tanto en las entrevistas como en los registros conductuales diarios, pues el paciente manifestó diferentes síntomas que demuestran la severidad del diagnóstico.

Las ventajas que posee este instrumento son las escalas de Defensividad y el Índice de Respuestas Inconsistentes, los cuales permiten identificar discrepancias en las respuestas del paciente y su probable causalidad, información que será integrada al diagnóstico psicológico.

Por otra parte, el SCAS también presenta un alfa de Chronbach de 0.88 (Spence, 1997; Hernández-Guzmán et al., 2010), catalogado como alto y cuenta con estandarización en población mexicana. Algunas de las ventajas que se observan es que presenta varios factores que miden diferentes tipos de ansiedad, lo cual brinda una oportunidad al terapeuta para esclarecer el diagnóstico e identificar cuál o cuáles son las que presentan sintomatología más elevada. Además, la escala tipo Likert con la que cuenta permite diferenciar al niño cómo se siente en una gama de posibilidades “nunca”, “a veces”, “muchas veces” o “siempre”, lo cual genera mayor facilidad para que identifique matices en sus emociones de acuerdo a la frecuencia y no únicamente presencia o ausencia como es el caso del CMASR-2. Así, para el investigador será más sencillo identificar la disminución progresiva de la sintomatología presentada. Sin embargo, este instrumento no cuenta con puntos de corte para identificar en qué nivel se encuentran los síntomas, únicamente se puede diferenciar de forma subjetiva entre bajo, medio y alto. Asimismo, no cuenta con escalas de mentira o defensividad como lo tiene el otro instrumento.

En lo que respecta a la Fase II Tratamiento Cognitivo Conductual, las estrategias llevadas a cabo se orientaron en mayor medida a las distorsiones de pensamiento surgidas ante eventos disparadores de ansiedad con técnicas cognitivas tales como la identificación del pensamiento, su papel en la generación de emociones, pensamiento positivo y negativo, etcétera, las cuales eran acompañadas de algunas técnicas conductuales tales como las de relajación, las autoinstrucciones, la exposición, entre otras. De acuerdo con artículos de

investigación reportados en la literatura internacional (Aydin, 2014; Creswell et al., 2014; Gil-Bernal y Hernández-Guzmán, 2009; Ipser et al., 2009; James et al., 2013; López-Flores, 2012; Olivares et al., 2003; Peña y Ramos, 2009; Sawyer y Nunez, 2014; Scott et al., 2005; Seligman y Ollendick, 2011), estas han sido utilizadas en distintos estudios que han demostrado su efectividad al ser incluidos como parte de la terapia cognitivo conductual. Asimismo, el número de sesiones mayormente reportadas como efectivas han sido 12, realizadas semanalmente con una duración de 1 hora.

En términos generales, esto coincide con el método empleado para este estudio, a diferencia de que se realizaron algunas otras técnicas de forma más enfática como la psicoeducación sesión a sesión dirigida a los cuidadores del menor, la solución de problemas y la modificación del estilo atribucional –en su caso-, así como el número de sesiones, pues se consideraron 13 de tratamiento y 2 de seguimiento.

En la sesión de cierre se les preguntaba a los pacientes por sus aprendizajes y se planteaba una situación hipotética respecto a las sugerencias que le darían a otro niño si tuviera las mismas dificultades de ansiedad. Algunos de ellos respondían con gran facilidad, como fue el caso de A, pero algunos otros requerían de la ayuda del terapeuta para ir recordando lo aprendido durante las sesiones, como el caso de D y H. Pese a ello, los cuidadores de éstos últimos reportaban que en algunas ocasiones comenzaban a emplear de forma espontánea algunas de las estrategias aprendidas, sin identificar todo el proceso de diálogo interno que debía suceder para poder autorregularse emocionalmente, como por ejemplo controlar y detener su pensamiento, pensar de forma automática y rápida en el pensamiento contrario que derribara y redirigiera los pensamientos negativos, presentando como resultado menor intensidad y duración en sus creencias irracionales.

Como señala Sandia-Rondel (2004), para llegar a este nivel se requiere de un proceso metacognitivo que permitirá al niño pensar sobre su propio pensamiento, el cual comienza a gestarse a partir de los 7 años y va mejorando conforme el transcurso de la etapa escolar y el favorecimiento del pensamiento abstracto y las operaciones formales (Bacow et al., 2009). Algunos autores han identificado que está relacionada con las funciones del lóbulo frontal y por tanto con las capacidades intelectuales (Jausovec, 2008), por lo que los niños con dificultades en el aprendizaje, tales como H y D, sería esperado

que tuvieran mayor dificultad para la adquisición de este proceso. Se requerirá de mayor estimulación y el avance del propio desarrollo cognitivo, así como la práctica diaria de la autorregulación emocional a fin del establecimiento de hábitos y la generalización de las herramientas adquiridas.

Por último, en la tercera y última fase del procedimiento, Fase III Seguimiento, se encontraron algunas dificultades al llevarlo a cabo, pues inicialmente en los procedimientos dentro de la institución no se ha estipulado la realización de estos, sino que en algunos casos, al observar mejoría clínicamente significativa, los Psicólogos deciden espaciar algunas sesiones cada 15 días por un lapso de tiempo relativamente corto -1 o 2 meses- y posteriormente brindar el alta; en algunos otros casos, en cuanto esta mejoría es observada y/o se cumplen con aproximadamente 12 sesiones de tratamiento, se decide el egreso del paciente en el servicio de psicoterapias.

Para algunos pacientes, ante la propuesta de brindar estos seguimientos, se creaba la idea de que a la próxima cita generarían un nuevo motivo de consulta y el paciente no sería dado de alta hasta cubrir con las expectativas, en varios casos irreales, de algunos cuidadores, lo cual está relacionado con la obtención de ganancias secundarias y el valor reforzante que constituye ir a terapia y ser retroalimentado sesión a sesión.

Para otros pacientes, esta propuesta permitía el desapego gradual del proceso de atención psicológica, lo que generaba que en el primer mes comenzaran a resolver las situaciones por sí mismos y se daban cuenta de su responsabilidad en el mantenimiento de los avances y la importancia de la aplicación constante. En el paciente A sucedió que al haber notado mejoría durante la Fase de tratamiento, la madre no mostró interés en acudir a la cita programada para el seguimiento, y en lo posterior argumentó que había sido hospitalizada por lo cual le fue imposible asistir a la cita; por esta razón, la aplicación de los instrumentos se realizó vía telefónica y se omitieron los datos del Registro Conductual Diario, pues no había reporte por parte de la madre.

Como elementos normales y esperados dentro de la Fase de Seguimiento, ocurren las llamadas recaídas señaladas por DiClemente (2003), en donde existe una leve tendencia hacia el incremento de los síntomas pero posteriormente su curso vuelve a disminuir, lo cual se relaciona con la aplicación de los recursos aprendidos en ausencia de

retroalimentaciones semanales como lo era en la fase anterior, favoreciendo así la independencia. Esto se vio reflejado particularmente en la medición del posttest 2 o 3 para cuatro de los pacientes réplica, en donde se observaron leves incrementos en las puntuaciones naturales pero no suficientes como para regresar al valor del pretest.

Con todo hasta el momento señalado es rescatada la complejidad del comportamiento humano y la gran cantidad de variables y elementos que están afectándolo, lo que se traduce en la imposibilidad de tener el control de todas y cada una de ellas y obtener conclusiones determinantes del funcionamiento de cada individuo, pues la conducta humana no se reduce únicamente al resultado de un solo factor, sino de la interacción entre varios de ellos, que al revisarlos a detalle, se logrará comprender de manera más favorable la conducta manifiesta.

## Conclusión

Este trabajo tuvo como objetivo evaluar el efecto que tiene la terapia cognitivo conductual en niños escolares que presentan un diagnóstico de ansiedad, el cual fue cumplido a lo largo del procedimiento realizado de acuerdo con la evolución sintomatológica de los pacientes, pues los datos encontrados en la medición de la frecuencia de ansiedad –a través del Registro Conductual Diario-, las distintas aplicaciones de los instrumentos CMASR-2 y SCAS, el cálculo del Cambio Clínico Objetivo -CCO, y el análisis grupal de los datos, reflejaron una disminución de los síntomas ansiosos.

Si bien la mayoría de los casos (10 de 11) se encontraron bajo tratamiento farmacológico, existen indicadores de que la terapia cognitivo conductual fue efectiva y ayudó a los pacientes a lograr dichos resultados, pues a pesar de haber contado con la farmacoterapia estable desde hacía meses atrás, la ansiedad continuaba generando un malestar emocional y una disfuncionalidad en los niños; y conforme el inicio y curso del tratamiento psicoterapéutico, ésta disminuyó de forma importante. Asimismo, a pesar de contar con el efecto del medicamento, los síntomas continuaban presentándose al mismo nivel o con una leve reducción, y cuando se iniciaba la TCC, se comenzaba a registrar una disminución de los síntomas.

Además, al término de la TCC los participantes expresaron diferencia en las creencias distorsionadas que surgían ante eventos disparadores de ansiedad, debatiéndolas mediante su sustento empírico y lógico y sustituyéndolas por otras más racionales. Aunado a ello, contaron con herramientas para poder hacer frente a dichas situaciones, tales como el uso de la respiración diafragmática, las autoinstrucciones, las autoafirmaciones positivas, el uso del humor, entre otras. Estos logros se atribuyen al efecto de la TCC dado el supuesto de que al modificar las creencias distorsionadas, los síntomas de ansiedad disminuyen y la funcionalidad del paciente incrementa, lo cual los medicamentos no pueden hacerlo *per se*.

Una de las principales limitaciones del presente trabajo es la imposibilidad de conocer si la TCC aplicada en ausencia del medicamento hubiera logrado estos mismos resultados, para lo cual se sugiere hacer ajustes al diseño metodológico y emplear grupos experimentales y de control con uno u otro tratamiento en cuestión, así como el tipo de medicamento y las dosis específicas, para así conocer el alcance de cada uno de ellos. Esto

puede ser planteado para considerar la apertura a la investigación básica que incluya un mayor control de variables y así se esclarezca la efectividad de este tipo de terapia, lo que en un futuro permitirá la formulación de guías clínicas que incluyan un tratamiento efectivo para este padecimiento en niños escolares mexicanos.

Dada la limitante encontrada respecto a las modificaciones de medicamento durante la Fase II Tratamiento (B), aun cuando la frecuencia de ansiedad tenía una tendencia a la baja, se propone que tanto en las consultas de Paidopsiquiatría y de Psicología, se incluyan mediciones objetivas de monitoreo del caso a través de instrumentos validados y estandarizados o registros, más que la mera observación clínica, lo que supondría favorecer la toma de decisiones acorde a la evolución del caso, la disminución de costos generados en la dinámica familiar, y además la disminución de los efectos secundarios provocados por la ingesta en dosis elevadas.

Al respecto de la medición de la ansiedad, se sugiere que para futuros estudios se considere el empleo de registros por parte de los pacientes y así poder favorecer la identificación de su estado emocional y su regulación más que a la mera percepción de los padres y el control externo. Esto puede ayudar también a obtener mayor información y a identificar el grado de confiabilidad que existe entre ambos como una medida de control de variables para fines de investigación.

Se sugiere además otorgar mayor psicoeducación a los padres al respecto de la importancia del llenado de los registros, en donde se den cuenta de su utilidad en el logro de los objetivos terapéuticos y la forma en cómo deben ser completados, sugiriendo al principio mayores ejemplos a identificar tanto en sí mismos como en sus hijos. Una de las ventajas que propuso este documento fue el formato tipo Carnet, el cual les ayudó a que el costo de respuesta fuera menor e implicara menor esfuerzo llevarlo consigo para su llenado en el momento en el que se requiriera. Para futuros estudios, será importante considerar reducir aún más el costo de respuesta que implica, empleando el mismo formato pero esta vez agrupando conductas y únicamente marcando con una cruz cada vez que ocurra.

Respecto a la psicometría, dadas las discrepancias entre las puntuaciones naturales y los descriptores sugeridos por el CMASR-2, se sugiere utilizar con cautela este instrumento empleando las puntuaciones naturales. Para futuras investigaciones puede ser considerada

su revisión y la realización de ajustes pertinentes en cuanto a validación y estandarización mexicanas para que los descriptores sean acordes a la población que se está midiendo y a sus características clínicas. El SCAS por el contrario, puede ser una buena forma de medición de los síntomas ansiosos por implicar mayor facilidad para los niños al usar la escala tipo Likert.

El empleo de ambos instrumentos logró obtener mayor confiabilidad en la medición de la ansiedad antes y después del tratamiento psicológico, lo que para fines de investigación resultó ser un elemento importante; sin embargo, de acuerdo con las características atencionales de los pacientes que presentaron comorbilidad entre TAG y TDAH, contestarlos en la misma sesión resultó ser una tarea de gran esfuerzo mental, por lo que se sugiere que, para pacientes con estas características, se emplee sólo un instrumento –el de mejor estandarización y confiabilidad-, o bien, se usen ambos pero en sesiones diferentes.

En concordancia con dicha comorbilidad y la gran cantidad de casos que la presentaron, se sugiere que las actividades a realizar con los niños sean todavía más lúdicas para lograr atraer mayormente su atención, además de que podría generar aprendizajes aún más significativos que les permita recordar y aplicar más fácilmente las herramientas en su vida diaria. Entre ellas podría sugerirse aquellas relacionadas con el movimiento al aire libre, como jugar básquet bol y solucionar problemas, así como el empleo de materiales más llamativos como las pinturas o las cartulinas de colores.

Además de lo anterior, se recomienda enfatizar continuamente en un locus de control interno al respecto de la regulación emocional, por lo que se requerirá debatir prioritariamente la creencia de que la modificación de la ansiedad se debe únicamente al medicamento y no a los propios pensamientos y acciones del individuo.

Es destacado considerar el nivel de desarrollo de cada paciente y la inclinación que cada uno tiene hacia ciertas actividades, así como la manifestación del Trastorno de ansiedad en cuanto al análisis funcional y la topografía de la conducta, pues en todos ellos fue distinto. Por esta razón, un elemento a rescatar de este estudio corresponde a la flexibilidad en la aplicación de protocolos, pues la respuesta de los pacientes dependerá de dichas variables.

Así, el análisis intrasujeto de cada uno de los pacientes y la adecuación de las técnicas pertinentes en relación a las propias necesidades, es una de las ventajas de la atención individual y la investigación basada en estudios de caso, por lo que la identificación de sus particularidades y el ajuste de tratamientos basados en cada uno, aumenta las probabilidades de que el tratamiento sea efectivo.

De acuerdo con la severidad de los trastornos presentados, se recomienda probar la idea de que el tratamiento sea aún más efectivo si se agrega una mayor cantidad de sesiones, particularmente para enfatizar el debate del pensamiento y el énfasis en la aplicación de las estrategias disminuyendo cada vez más la guía del adulto, esto aplicado a situaciones cotidianas distintas que favorezcan la generalización de aprendizajes. Se sugiere iniciar con agregar 5 sesiones extras y medir los cambios.

Como ha sido mostrado en los resultados, es de particular importancia que los padres colaboren con la aplicación de las estrategias aprendidas en el proceso psicoterapéutico, para lo cual requerirán solventar su propio estado emocional y atender su diagnóstico, que en muchos de los casos afecta en gran medida su funcionalidad física y psicológica. Para ello, como primera instancia, se recomienda brindar atención psiquiátrica y psicológica ya sea dentro de la misma institución o establecer enlaces con alguna otra que permita el tratamiento a la par del menor y así incrementar las posibilidades de cambio. Es conveniente hacer estudios para evaluar el tamaño del efecto de esta propuesta, y también probar la hipótesis de que con el mero tratamiento psiquiátrico y psicológico a padres con Trastornos de ansiedad, será suficiente para generar un cambio emocional en el niño.

Como uno de los temas a trabajar con los papás, ya sea mediante una psicoeducación más enfática y precisa, o bien mediante el propio proceso psicoterapéutico individual, se recomienda la modificación de las expectativas que tienen respecto al comportamiento de sus hijos para fundamentarlas de acuerdo con sus condiciones actuales. Para ello se sugiere el uso de material audiovisual, la biblioterapia y los ejemplos tanto del comportamiento de sus hijos como de otros niños con el mismo padecimiento.

Dentro de la participación de los padres, se sugiere probar la idea de que ellos ingresen a las sesiones como coterapeutas y aprendan de forma más realista la manera en cómo se lleva a cabo el manejo de sus emociones y la modificación de sus creencias

subyacentes, así como la adquisición de las distintas herramientas cognitivo conductuales. Esto supone el hecho de que generará mayor claridad en ellos y el apego al tratamiento en casa se verá favorecido, pero se requerirá someterlo a investigación considerando variables como salvaguardar la individualidad del paciente y la confianza terapéutica.

Por último, en estudios posteriores se recomienda brindar seguimientos más largos a los pacientes para así identificar el mantenimiento de los resultados a través del tiempo y la identificación de recaídas. Podría brindarse un seguimiento posterior a estos mismos casos de tal manera que se identifique el alcance de los resultados obtenidos.

Con base en todo lo anterior se considera que este estudio fue un preámbulo para dar pie a nuevas investigaciones mediante el surgimiento de cuestionamientos y nuevas estrategias a poner en práctica, las cuales permitirán detallar la intervención realizada para lograr mayor efectividad en los niños que padecen algún Trastorno de ansiedad, y como una meta próxima, los hallazgos puedan ser generalizados.

## Referencias

- Aiken, L. (2003). Confiabilidad y Validez. En Autor, *Tests Psicológicos y Evaluación* (85-107). México: Pearson Prentice Hall.
- Alonso, J. (1984). ¿Cómo conseguir que Juan realice su tarea? Algunas ideas generales sobre la motivación de logro y su modificación. *Infancia y aprendizaje*, 26, 3-13.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. (DSM-V)*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2015). *Anxiety*. Recuperado de <http://www.apa.org/topics/anxiety/>
- American Psychological Association. (2010). *Anxiety Disorders: The role of psychotherapy in effective treatment*. Recuperado de <http://www.apa.org/helpcenter/anxiety-treatment.aspx>
- Angold, A., Costello, E. y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 57-87.
- Avenevoli, S., Stolar, M., Li, J., Dierker, L. y Ries, M. (2001). Comorbidity of depression in children and adolescents: Models and evidence from a prospective high risk family study. *Biological Psychiatry*, 49(12), 1071-1081.
- Axelson, D. A. y Birmaher, B. (2001). Relation between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety*, 14(2), 67-78.
- Aydin, A. (2014). Parental involvement in cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Turkish Journal of Psychiatry*, 25(3), 181-189.
- Bacow, T., Pincus, D., Ehrenreich, J. y Brody, L. (2009). The metacognitions questionnaire for children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(6), 727-736.
- Bandura, A. (1963). The role of imitation in personality development. *The Journal of Nursery Education*, 18(3), 207-215.
- Bandura, A., Ross, D. y Ross, S. (1963). Imitation of film-mediated aggressive models. *Journal of abnormal and social psychology*, 66(1), 3-11.

- Bandura, A. y Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad* (Trad. A. Rivière). Madrid: Alianza Editorial.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (2<sup>nd</sup> edition). New York: Guilford Press.
- Beck, A. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. USA: Meridian.
- Beck, A., Emery, G. y Greenberg, R. (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias. Una perspectiva cognitiva* (Trad. B. Moreno). España: Descleé de Brouwer. (Trabajo original publicado en 1985).
- Beck, A., Freeman, A. y Davis, D. (2005). Visión general de la terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad. En Autores, *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad* (Trad. J. Piatigorsky, y R. Santandreu) (pp. 23-36). Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1990).
- Beck, A. y Wynnewood, P. (1964). Thinking and Depression. II. Theory and Therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*, 561-571.
- Beck, J. (2000a). Introducción. En Autor, *Terapia cognitiva* (Trad. A. Ruiz) (pp. 17-30). Barcelona: Editorial Gedisa. (Trabajo original publicado en 1995).
- Beck, J. (2000b). La conceptualización cognitiva. En Autor, *Terapia cognitiva* (Trad. A. Ruiz) (pp. 31-44). Barcelona: Editorial Gedisa. (Trabajo original publicado en 1995).
- Beesdo, K., Knappe, S. y Pine, D., (2009). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implication for DSM V. *Psychiatric Clinics of North America, 32*(3), 483-524.
- Belsky, J. y Beaver, K. M. (2011). Cumulative-genetic plasticity, parenting and adolescent self regulation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*, 619-626.
- Benjamin, C., Podell, J., Mychailyszyn, M., Puleo, C., Tiwari, S. y Kendall, P. (2010). Terapia cognitiva comportamental para la ansiedad en los niños: Componentes clave. En M. Gomar, J. Mandil y E. Bunge (Comps.), *Manual de Terapia Cognitiva Comportamental con niños y adolescentes* (pp. 207-239). Buenos Aires: Polemos.
- Bergen, S. E., Gardner, C. O. y Kendler, K. S. (2007). Age-related changes in heritability of behavioral phenotypes over adolescence and young adulthood: A meta-analysis. *Twin Research and Human Genetics, 10*, 423-433.

- Berger. (2006). Parte I. Capítulo II. Teorías del Desarrollo. En Autor, *Psicología del Desarrollo. Infancia y Adolescencia* (Trad. D. Klaja y A. Latrónico) (pp. 35-64). España: Editorial Médica Panamericana.
- Beutler, E., Moleiro, C. y Penela, V. (2004). Hallazgos de la investigación: ¿qué funciona en psicoterapia? En H. Fernández-Álvarez y R. Opaso (Comps.), *La integración en psicoterapia. Manual práctico* (pp. 34-69). México: Paidós.
- Birmaher, B., Brent, D., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S. y Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen of Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236.
- Black, D. y Andreasen, N. (2015). Psicofarmacología y terapia electroconvulsiva. En Autores, *Texto Introductorio de Psiquiatría* (Trad. J. Palacios) (sin páginas). México: Manual Moderno.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida I*. (Trad. M. Valcarce.). Barcelona: Paidós. (Trabajo original publicado en 1969).
- Braungart, J., Garwood, M. M., Powers, B. P. y Wang, X. Y. (2001). Parental sensitivity, infant affect, and affect regulation: Predictors of later attachment. *Child Development*, 72(1), 252-270.
- Brennan, J. (1999). Los comienzos del conductismo. En Autor, *Historia y sistemas de la Psicología* (Trad. A. Simon y Schuster Company) (pp. 247-263). México: Prentice Hall.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grishman, J. R. y Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- Burns, D. (2006). *Adiós ansiedad. Cómo superar la timidez, los miedos, las fobias y las situaciones de pánico* (Trad. A. Pareja). Buenos Aires: Paidós.
- Caraveo-Anduaga, J., López-Jiménez, J., Soriano-Rodríguez, A., López-Hernández-J., Contreras-Garza, A. y Reyes-Mejía, A. (2011). Eficiencia y validez concurrente del CBTD para la vigilancia de la salud mental de niños y adolescentes en un centro de atención primaria de México. *Revista de Investigación Clínica*, 63(6), 590-600.

- Cárdenas, E., Feria, M., Palacios, L. y de la Peña, F. (2010). *Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Secretaría de Salud.
- Cardiel, R. (1994). La medición de la calidad de vida. En L. Moreno, F. Cano-Valle y H. García-Romero (Eds.): *Epidemiología clínica* (pp. 189-199). México: Interamericana-McGraw-Hill.
- Caro, I. (1997). Las psicoterapias cognitivas: Modelos básicos. En Autor, *Manual de Psicoterapias cognitivas. Estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 37-52). España: Paidós.
- Carr, E. G. (1977). The motivation of self-injurious behavior: a review of some hypothesis. *Psychological Bulletin*, 84(4), 800-816.
- Carrasco-Tornero, A. (2012). La entrevista con niños y adolescentes. En C. Perpiñá (Coord.), *Manual de la Entrevista Psicológica. Saber escuchar, saber preguntar* (201-242). Madrid: Pirámide.
- Carrión, V. G., Weems, C. F., Ray, R., Glasser, B., Hessel, D. y Reiss, A. (2002). Diurnal salivary cortisol in pediatric Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 51, 575-582.
- Castejón, J., Navas, L., Miñano, P. y Soriano, J. (2010). Motivación para el aprendizaje. En J. Castejón y L. Navas (Coords.), *Aprendizaje, Desarrollo y Disfunciones. Implicaciones para la enseñanza en educación secundaria* (pp. 131-172). España: Editorial Club Universitario.
- Castrillón, D. y Borrero, P. (2005). Validez y confiabilidad del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAIC) para la valoración de la ansiedad en niños escolarizados entre los 8 y 15 años de la Ciudad de Medellín, Colombia. *Suma Psicológica*, 12(1), 47-60.
- Chapman, K. (2007). *100 preguntas y respuestas sobre la ansiedad*. España: EDAF.
- Clark, D y Beck, A. (2010). Chapter II: The cognitive model of anxiety. En Autores, *Cognitive therapy of anxiety disorders. Science and practice* (pp. 31-57). New York: Guilford Press. (Trabajo original publicado en 1954).

- Cooper, J. Heron, T. y Heward, W. (1987a). Definition and characteristics of Applied Behavior Analysis. En Autor, *Applied Behavior Analysis* (2-15). New Jersey: Prentice Hall.
- Cooper, J. Heron, T. y Heward, W. (1987b). Basic concepts. En Autor, *Applied Behavior Analysis* (16-33). New Jersey: Prentice Hall.
- Cormier, S. y Nurius, P. (2003). Chapter X: Identifying, defining and evaluating outcome goals. En Autores, *Interviewing and change strategies for helpers. Fundamental skills and cognitive behavioral interventions* (pp. 255-306). USA: Thomson.
- Costello, E., Mustillo, S. Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837–844.
- Creswell, C. y Waite, P. (2016). Recent developments in the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Evidence Based Mental Health*, 19(3), 65-69.
- Creswell, C., Waite, P. y Cooper, P. (2014). Assessment and management of anxiety disorders in children and adolescents. *Archives of Disease in Childhood*, 99, 674-678. doi: 10.1136/archdischild-2013-303768
- De la Torre, R. C. y Godoy, A. A. (2002). Influencia de las atribuciones causales del profesor sobre el rendimiento de los alumnos. *Psicothema*, 14(2), 442-449.
- DiClemente, C. (2003). Chapter 2: The process of human intentional behavior change. En Autor, *Addiction and change. How addictions develop and addicted people recover* (pp. 22-43). New York: The Guilford Press.
- Domínguez, E. y Vázquez, R. (2000). Autorregulación del dolor crónico. En L. Oblitas y E. Becoña, *Psicología de la salud* (pp. 179-198). México, DF: Plaza y Valdés, Editores.
- Ellis, A. (1990). Ansiedad perturbadora: Un nuevo constructo cognitivo conductual. En A. Ellis y R. Grieger, *Manual de Terapia Racional-Emotiva, Volumen 2* (pp. 123-138). España: Descleé De Brouwer.
- Ellis, A. y Abrahms, E. (1980). *Terapia Racional Emotiva (TRE). Mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad* (Trad. H. Días). México: Pax-México.
- Ellis, A. y Dryden, W. (1997). *The practice of rational emotive behavior therapy*. New York: Springer Publishing Company.

- Ellis, A. y Grieger, R. (1981). *Manual de Terapia Racional Emotiva, Volumen 1*. España: Descleé De Brouwer.
- Evans, G. y Cohen, S. (1987). Environmental stress. En D. Stokols y I. Altman (Eds.), *Handbook of environmental psychology* (pp. 571-610). New York: John Wiley and Sons.
- Eysenck, H. (1947). *Dimensions of personality*. Londres: Routledge y Kegan Paul.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). El proceso como procedimiento científico y sus variantes. En Autor, *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2da Ed.) (pp. 61-98). Madrid: Pirámide.
- Friedberg, R. y McClure, J. (2005). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes* (Trad. Y. Gómez-Ramírez). Barcelona: Paidós.
- Gil-Bernal, F. y Hernández-Guzmán, L. (2009). Tratamiento cognitivo conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de Psicología*, 40(1), 89-104.
- Gómez-Benito, J., Hidalgo, M., y Guilera, G. (2010). El sesgo en los instrumentos de medición. Tests justos. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 75-84. ISSN: 0214-7823
- Gregory, A. M. y Eley, T. C. (2011). The genetic basis of child and adolescent anxiety. En W. K. Silverman y A. P. Field (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp.171-178). UK: Cambridge University Press.
- Grey, J. A. y McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Grieger, R. y Boyd, J. (2006). Childhodd anxiety, fears and phobias: A cognitive-behavioral, psychosituational approach. En A. Ellis y M. Bernard (Eds.), *Rational emotive behavioral approaches to childhood disorders. Theory, practice and research* (pp. 232-256). USA: Springer.
- Gümüş, Y., Çakin-Memik, N. y Ağaoğlu, B. (2015). Anxiety disorders comorbidity in children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Archives of neuropsychiatry*, 52, 185-193. doi: 10.5152/npa.2015.7024
- Gutiérrez, C., Bustos, N., Flórez, L., Parra, J., Rodríguez, D. y Rojas, R. (2012). Características psicométricas del Inventario de Miedos de Ollendick. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 12(1), 85-93.

- Gutiérrez-García, A. y Méndez-Sánchez, C. (2015). Modificación de atribuciones de causalidad: Estudio de caso. *Investigación y Práctica en Psicología del Desarrollo*, 1(1), 283-290. ISSN 2395-8413.
- Guzmán, F. (s. f.). Mecanismo de acción de los ISRS. *Instituto de Farmacología*. Recuperado de <http://institutodepsicofarmacologia.com/antidepresivos/isrs/mecanismo-de-accion-isrs?full-site=true>
- Gyoerkoe, K. y Wiegartz, P. (2009). *10 soluciones simples para vencer la angustia*. México: Quarzo.
- Hadwin, J. A. y Field, A. P. (2010). *Information processing biases and anxiety. A developmental perspective*. UK: Wiley-Blackwell.
- Hernández-Guzmán, L., Benjet, C., Andar, M., Bermúdez, G. y Gil-Bernal, F. (2010). *Guía clínica para el tratamiento psicológico de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.
- Hernández-Guzmán, L., Bermúdez-Ornelas, G., Spence, S., González, M., Martínez-Guerrero, J., Aguilar, J. y Gallegos, J. (2010). Versión en español de la escala de ansiedad para niños de Spence (SCAS). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(1), 13-24.
- Hernández-Guzmán, L. y Zermeño, M. (2005). Evaluación del Trastorno de Ansiedad por Separación en niños y adolescentes. En V. Caballo (Comp.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad* (pp. 377-385). España: Pirámide.
- Hettema, J., An, S., Neale, M., Bukszar, J., Van den Oord, E., Kendler, K. y Chen, X. (2006). Association between glutamic acid decarboxylase genes and anxiety disorders, major depression, and neuroticism. *Molecular Psychiatry*, 11, 752-762. doi: 10.1038/sj.mp.4001845
- Hettema, J., Neale, M., Myers, J., Prescott, C. y Kendler, K. (2006). A population-based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163, 857-864.

- Heward, W. (1987). Reversal and alternating treatments designs. En J. Cooper, T. Heron, W. Heward. *Applied Behavior Analysis* (163-194). Ohio: Merrill.
- Holland, J. y Skinner, B. (1980). *Análisis de la conducta. Texto programado*. México: Trillas.
- Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. *Morbilidad de Consulta Externa, Enero-Diciembre 2014*. Recuperado de la base de datos de la División de Mejora Continua de la Calidad.
- Ipser, J., Stein, D., Hawkrigde, S. y Hoppe, L. (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3(CD005170), 555-628. doi: 10.1002/14651858.CD005170.pub2
- James, A., James, G., Cowdrey, F., Soler, A. y Choke, A. (2013). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(CD004690), 1-104. doi: 10.1002/14651858.CD004690.pub3
- Jausovec, N. (2008). Metacognition. A psychophysiological perspective. En M. Shaughnessy, M. Veenman y C. Kleyn-Kennedy (Eds.), *Metacognition. A recent review of research, theory and perspectives*. New York: Nova Science.
- Jin, Y., He, L., Kang, Y., Chen, Y., Lu, W., Ren, X., Song, X., Wang, L., Nie, Z, Guo, D. y Yao, Y. (2014). Prevalence and risk factors of anxiety status among students aged 13-26 years. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 7(11), 4420-4426.
- Jones, M. C. (1924). A Laboratory Study of Fear: The Case of Peter. *The Pedagogical Seminary*, 31, 308-315.
- Kazdin, A. (1996). Tratamiento con base cognoscitiva. En Autor, *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas* (Trad. V. Sánchez-Rivas) (pp. 293-326). México: El Manual Moderno.
- Kazdin, A. (2011a). Background and key measurement consideration. En Autor, *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings* (pp. 49-72). New York: Oxford University Press.

- Kazdin, A. (2011b). Introduction to single-case research and ABAB designs. En Autor, *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings* (pp.121-143). New York: Oxford University Press.
- Keeton, C. P., Kolos, A. C. y Walkup, J. T. (2009). Pediatric generalized anxiety disorder: epidemiology, diagnosis and management. *Paediatric Drugs*, 11(3), 171-183. doi: 10.2165/00148581-200911030-00003
- Kessler, R. C., Chiu, W. T. Demler, O. y Walters, E. (2005). Prevalence, severity and comorbidity of 12-Month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Knell, S. (1997). Terapia de juego cognoscitivo conductual. En K. O'Connor y C. Schaefer, *Manual de terapia de juego. Avances e innovaciones. Volumen 2* (Trad. M. Chávez-Mejía). Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?isbn=6074483949>
- Knell, S. (1999). Cognitive behavioral play therapy. Theory and applications. En A. Drewes (Ed.), *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy. Evidence based and other effective treatments and techniques* (117-134). New Jersey: Jon Wiley y Sons Inc.
- Kolb, B. y Whishaw, I. (2003). La emoción. En: Autor, *Neuropsicología Humana* (pp. 516-545). México: Editorial Médica Panamericana.
- Kubli, E. (1997). *Descubre el manejo de tus sentimientos y tensiones*. México: Árbol Editorial.
- Lazarus, R. (1999). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud* (Trad. J. Aldekoa). España: Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos* (Trad. M. Zaplana). México: Martínez Roca.
- Leahy, R., Tirch, D. y Napolitano, L. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.
- Lega, I. L.; Caballo, E. V. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- López-Flores, A. (2012). *Tratamiento cognitivo conductual en el Trastorno de Ansiedad Generalizada en pacientes del Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro*. (Tesina de Licenciatura). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, México.

- Magallón-Neri, E., Canalda, G. y de la Fuente, J. (2014). Trastornos de la personalidad. En L. Ezpeleta y J. Toro (Coords.). *Psicopatología del desarrollo*. Recuperado de <https://books.google.com.mx/books?isbn=8436832140>
- Maldonado, M. (2006). Construcción de la realidad y del sí mismo. En Autor, “*Sé trabajar, me sé ganar*” *Autoconcepto y autoestima del niño y de la niña rural en dos escuelas rurales* (pp. 21-42). Bolivia: Plural Editores.
- Mandil, J., Borgialli, P., Bunge, E. y Gomar, M. (2010). Recursos para una TCC amigable: Juegos, dibujos, metáforas y tecnología. En M. Gomar, J. Mandil y E. Bunge, E. (Coords.), *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes* (159-203). Buenos Aires: Polemos.
- Mardomingo-Sanz, M. J. y Gutiérrez-Casares, J. R. (2010). Trastornos de ansiedad. En C. Soutullo-Esperón y M. J. Mardomingo-Sanz (Coords.), *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 95-110). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Martínez-Ortiz, A., Fernández, A. C., Navarro, M. I. y Martínez-Martínez, M. (sin año). *Guía clínica. Diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad. Guías clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”*. México: Secretaría de Salud.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, M. C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C., Villatoro, V. J., Rojas, G. E., Zambrano, R. J., Casanova, R. L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de los Trastornos Mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Meichenbaum, D. (1979). Self-instructional training. En Autor, *Cognitive behavior modification. An integrative approach* (pp. 17-54). New York: Springer Science.
- Méndez, F., Olivares, J. y Bermejo, R. (2002). Características clínicas y tratamiento de los miedos, fobias y ansiedades específicas. En V. Caballo y A. Simón (Coords.), *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 59-92). Madrid: Pirámide.
- Millet, B., Chabane, N., Delorme, R., Leboyer, M., Leroy, S., Poirier, M., Bourdel, M., Mouren-Simeoni, M., Rouillon, F., Loo, H. y Krebs, M. (2003). Association between the dopamine receptor D4 (DRD4) gene and obsessive-compulsive

- disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B, Neuropsychiatric Genetics*, 116B(1), 55-59.
- Nezu, A., Nezu, C. y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo conductuales. Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Nieves, M. y Vila, J. (1993). Técnicas de relajación. En V. Caballo (Comp.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 161-182). Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Oliva-Márquez, M. (2013). La entrevista. En R. Fernández-Ballesteros, *Evaluación psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos* (2da. Ed.) (pp. 167-192). Madrid: Pirámide.
- Olivares, J. (2009). Evaluación y tratamiento de la Fobia Social en población infanto-juvenil de los países de habla española y portuguesa. *Anuario de Psicología*, 40(1), 7-21.
- Olivares, J., Rosa, A., Caballo, V., García-López, L., Orgilés, M. y López-Gollonet, C. (2003). El tratamiento de la fobia social en niños y adolescentes: Una revisión meta-analítica. *Psicología conductual*, 11(3), 599-622.
- Ollendick, T. (1983). Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behaviour, Research and Therapy*, 21, 685-692.
- Ollendick, T. (2006). Fear Survey Schedule for Children Revised. *Clinical child and adolescent psychology*. 322-327. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470713334.app3/pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ortega-Fernández, J. y Ortuño-Campillo, T. (2015). *Programa psicológico de intervención del pánico y la agorafobia. Manual de autoayuda para pacientes y guía para profesionales*. Sevilla: Punto Rojo Libros.

- Pavlov, I. P. (1997). *Los reflejos condicionados. Lecciones sobre la función de los grandes hemisferios* (Trad. A. Gallardo). Madrid: Ediciones Morata. (Trabajo original publicado en 1929).
- Peña, A. y Ramos, L. (2009). *Ansiedad infantil: Presentación de un caso y su tratamiento*. Tesis Licenciatura en Psicología. UNAM, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Polanczyk, G., Salum, G., Sugaya, L., Caye, A. y Rohde, L. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345-365.
- Reid, A., McNamara, J., Murphy, T., Guzick, A., Storch, E., Geffken, G. y Bussing, R. (2015). Side-effects of SSIRs disrupt multimodal treatment for pediatric OCD in a randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 71, 140-147. doi: 10.1016/j.jpsychires.2015.10.006
- Repetti, R., Taylor, S. y Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366.
- Reynolds, R. C. y Richmond, O. B. (2012). *CMASR-2 Escala de Ansiedad Manifiesta en niños Revisada* (Trad. G. Vélez). México: Manual Moderno.
- Reynoso-Erazo, L. y Seligson-Nisenbaum, I. (2005). *Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Ribes, I. E. (1974). *Técnicas de modificación de conducta. Su aplicación al retardo en el desarrollo*. México: Trillas (Reimpreso en 2013).
- Ribes, E. (1995). John B. Watson: El conductismo y la fundación de una Psicología científica. *Acta comportamentalia*, 3, 66-78.
- Ries, K., Nakamura, E. y Kessler, R. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 3(1), 7-20.
- Rodríguez, J. y Párraga, J. (1991). El conductismo y el neoconductismo en Estados Unidos. En Autores, *Técnicas de modificación de conducta. Aplicación a la psicopatología infanto-juvenil y a la educación especial*, (pp. 39-50). España: Universidad de Sevilla.

- Sáiz, M., Sáiz, D., Pedraja, M., Romero, A. y Marín, J. (2011). La Psicología en la segunda mitad del siglo XX. En M. Sáiz (Coord.), *Historia de la Psicología*, (pp. 367-404). Barcelona: Editorial UOC.
- Sánchez, S. (2004). *Validez y confiabilidad de la escala de ansiedad (SCARED) para niños y adolescentes en población abierta* (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Sandia-Rondel, L. (2004). Metacognición en niños: Una posibilidad a partir de la teoría Vygotskiana. *Acción pedagógica*, 13(2), 128-135.
- Sattler, J. (2002). *Evaluación Infantil*. México: Manual Moderno.
- Sawyer, M. y Nunez, D. (2014). Cognitive-behavioral therapy for anxious children: from evidence to practice. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 11(1), 65-71.
- Scott, R., Mughelli, K. y Deas, D. (2005). An overview of controlled studies of Anxiety Disorders treatment in children and adolescents. *Journal of the National Medical Association*, 97(1), 13-24.
- Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México*. Recuperado de [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/ies\\_m\\_oms.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/ies_m_oms.pdf)
- Seligman, L. y Ollendick, T. (2011). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 217-238. doi: 10.1016/j.chc.2011.01.003
- Sharma, S., Powers, A., Bradley, B. y Ressler, K. (2015). Gene x environment determinants of stress and anxiety - related disorders. *Annual Review of Psychology*, 67, 25.1-25.23.
- Sheehan, D., Shytle, D. y Milo, K. (2000). MINI International Neuropsychiatric Interview para niños y adolescentes. Versión en Español (M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto). Recuperado de <http://www.bvs.hn/Honduras/Tesis/Anexo%20Patologia%20Diabetes%20Mellitus.pdf>

- Skinner, B. F. (1974a). Las causas del comportamiento. En Autor, *Sobre el conductismo* (Trad. F. Barrera) (pp. 12-22). Barcelona: Planeta-De Agostini, S. A.
- Skinner, B. F. (1974b). Comportamiento innato. En Autor, *Sobre el conductismo* (Trad. F. Barrera) (pp. 34-45). Barcelona: Planeta-De Agostini, S. A.
- Skinner, B. F. (2014). *Science and human behavior*. USA: Pearson Education. (Trabajo original publicado en 1953).
- Spence, S. H. (1997). Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 280-297.
- Spielberger, C. Edwards, C., Montuori, J. y Lushene, R. (1973). *State-Trait Anxiety Inventory for Children*. CA: Consulting Psychologist Press.
- Sroufe, A. (2000). *Desarrollo emocional. La organización de la vida emocional en los primeros años*. (Trad. M. Donís,) México, DF.: Oxford University Press. (Trabajo original publicado en 1995).
- Varela, E., Sánchez-Sosa, J., Biggs, B. y Luis, T. (2009). Parenting strategies and socio-cultural influences in childhood anxiety: Mexican, Latin American descent and European American families. *Journal of Anxiety Disorders, 23*(5), 609-616. doi: 10.1016/j.janxdis.2009.01.012
- Vasey, M. W., Dalgleish, T. y Silverman, W. (2003). Research on information processing factors in child and adolescent psychopathology: A critical commentary. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*, 81-93.
- Vigil-Colet, A., Canals, J., Cosi, S., Lorenzo-Seva, U., Ferrando, P., Hernández-Martínez, C., Jané, C., Viñas, F. y Doménech, E. (2009). The factorial structure of the 41-item version of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in a spanish population of 8 to 12 years-old. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*(2), 313-327.
- Vives, M. (2007). Pruebas y estrategias básicas utilizadas en la exploración psicológica infantil. La entrevista y la sesión de juego. En Autor, *Psicodiagnóstico clínico infantil* (pp. 97-124). Barcelona: Psicología.
- Vygotski, L. S. (1996). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.

- Watson, J. B. (1976). *El conductismo. La batalla del Conductismo*. (Trad. O. Poli). Argentina: Paidós. (Trabajo original publicado en 1947).
- Watson, J. B. y Rayner, R. (1920). Conditioned Emotional Reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14. Recuperado de <http://psychclassics.yorku.ca/Watson/emotion.htm>
- Weems, C. F. y Silverman, W. K. (2013). Anxiety Disorders. En T. P. Beauchaine y S. P. Hinshaw (Eds.), *Child and Adolescent Psychopathology* (pp. 513-541). New Jersey: Wiley.
- Weems, C. F. y Watts, S. E. (2005). Cognitive models of childhood anxiety. In C. M. Velotis (Ed.), *Anxiety Disorder Research* (pp. 205-232). Hauppauge, NY: Nova Science Publishers, Inc.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Weiner, B. (2005). Motivation from an attribution perspective and the social psychology of perceived competence. En A. Elliot y C. S. Dweck (Eds.) *Handbook of Motivation and Competence* (pp. 73-84). New York: Guilford.
- Wilson, R. y Lynn, L. (2013). *Anxious kids and anxious parents: 7 ways to stop the worry cycle and rise courageous and independent children*. Florida: Health Communications.
- Woodruff-Borden, J., Morrow, C., Bourland, S. y Cambron, S. (2002). The behavior of anxious parents: examining mechanisms of transmission of anxiety from parent to child. *Journal of clinical child and adolescent psychology*, 31(3), 364-374.
- World Health Organization. (2004). *Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options*. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)
- Zentner, M. y Bates, J. (2008). Child temperament: An integrative review of concepts, research programs, and measures. *European Journal of Developmental Science (EJDS)*, 2(172), 7-37.
- Zhang, H. (2011). Statistical analysis in genetic studies of mental illnesses. *Statistical Science*, 26(1), 116-129.

# ANEXOS

**Anexo 1. Formato de Registro Conductual Diario**

	Fecha	¿Qué pasó?	¿Qué tan fuerte fue?
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			

	Fecha	¿Qué pasó?	¿Qué tan fuerte fue?
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			

**Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"**

**Psicoterapia Cognitivo Conductual**

**Registro Conductual Diario**

**Sintomatología ansiosa**

**Nombre del paciente:**

**Nombre de la terapeuta:**

Psic. Viridiana Gutiérrez.

**Investigadoras responsables:**

Psic. Viridiana Gutiérrez.

Psic. Marcela Martínez.

**Julio 2015**

**Indicaciones:** La ansiedad (preocupación o nerviosismo, como también es conocida) puede ser manifiesta mediante sudoración de manos, dificultad para dormir, pesadillas, inquietud; en algunas ocasiones acompañadas de dolor de cabeza o de estómago, y además, suele ser reportada verbalmente por el paciente con frases como “me siento nervioso”, “estoy preocupado”, “estoy inquieto”.

Por cada vez que observe a su hijo(a) ansioso o preocupado, usted deberá llenar un renglón de la tabla presente en este carnet.

En la primera columna, usted marcará con una cruz (x) si observó a su hijo con preocupación o alguna otra emoción relacionada con la ansiedad (en su caso), por ejemplo, el miedo.

En la segunda columna, escribirá la fecha exacta en la que observó a su hijo ansioso, y posteriormente, en la siguiente columna titulada “¿Qué pasó?”, usted describirá brevemente lo sucedido, por ejemplo: “al día siguiente tenía examen”.

Por último, en la cuarta columna, calificará en una escala del 0 al 10 (0 = nada y 10 = lo más fuerte que se pueda imaginar), la intensidad con la que usted considera que su hijo manifestó la ansiedad.

	Fecha	¿Qué pasó?	¿Qué tan fuerte fue?
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			

	Fecha	¿Qué pasó?	¿Qué tan fuerte fue?
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			
Preocupación			
Otra:			

## **Anexo 2. Formatos de Consentimiento y Asentimiento**

### **Carta de Consentimiento Informado**

#### **1. Título de la investigación.**

Tratamiento cognitivo conductual para niños escolares con trastornos de ansiedad. Estudio piloto.

#### **2. Justificación y objetivos de la investigación.**

Su hijo(a) ha sido invitado a participar voluntariamente en un estudio de investigación cuyo objetivo principal es evaluar la efectividad de un tratamiento cognitivo conductual para niños de entre 8 y 11 años de edad con trastornos de ansiedad que incluirá una intervención psicológica al niño, y psicoeducación para ustedes sus padres, de tal manera que se permita la disminución de la ansiedad manifiesta hasta niveles mayormente adaptivos.

#### **3. Procedimientos del estudio.**

Su hijo fue valorado en esta institución por el médico especialista y fue diagnosticado con algún trastorno de ansiedad (ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobias, etcétera) por lo que fue enviado al servicio de Psicoterapia Cognitivo Conductual, en donde nos darán sesiones semanales con una duración de 60 minutos cada una. La duración total de este procedimiento será de 15 horas aproximadamente.

En la primera sesión se les entrevistará a ustedes como padres o cuidadores principales del niño a fin de conocer el motivo de consulta y las probables causas de la ansiedad que presenta. En la segunda, se entrevistará a su hijo mediante actividades lúdicas para conocer las manifestaciones de la ansiedad, las situaciones, pensamientos y emociones generados. En la tercera, se le aplicarán dos escalas de medición: Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada – 2 (CMASR-2) y Escala de Ansiedad para Niños de Spence (SCAS).

A lo largo del proceso, se le invitará a participar en el proceso de tratamiento de su hijo contestando un formato de registro conductual diario en donde se identifiquen las manifestaciones conductuales de ansiedad que su hijo presenta, lo cual ayudará a un monitoreo constante al respecto del tratamiento por parte del terapeuta.

A partir de la cuarta sesión, se comenzará con un tratamiento cognitivo conductual tanto para su hijo como para ustedes. La cuarta sesión específicamente será para ustedes en donde se les retroalimentará respecto a lo observado con su hijo durante las sesiones anteriores y se les dará psicoeducación respecto a los factores causales de la ansiedad que su hijo presenta, orientándoles

respecto al trabajo en casa que hay que realizar.

A partir de la quinta sesión, se trabajará con ustedes los primeros 20 minutos, en donde se les retroalimentará respecto a lo sucedido durante la semana con su hijo al respecto de la ansiedad que presenta, se les enseñarán estrategias cognitivo conductuales para ayudar a disminuirla o eliminarla y para trabajarlas en casa cada vez que se sienta ansioso. Los 40 minutos restantes se trabajará con su hijo bajo un tratamiento cognitivo conductual, en donde se le enseñarán estrategias para ayudar a disminuir o eliminar la ansiedad que presenta mediante actividades lúdicas, situaciones simuladas, imagería, role playing, ensayo conductual, entre otras.

En la sesión número 13 (aproximadamente, dependiendo de la efectividad del tratamiento), se les entrevistará nuevamente a fin de identificar qué tipo de resultados ha dado el tratamiento, se les brindarán algunas estrategias de mantenimiento de cambios en caso de ser necesario y se nos resolverán las dudas pertinentes. Se entrevistará también a su hijo para conocer su opinión al respecto y se le aplicará el instrumento CMASR-2 para evaluar los cambios. Se les dará cita al mes próximo y a los tres meses posteriores, en donde se seguirá el mismo procedimiento pero la primera vez se aplicará el SCAS y la segunda el CMASR-2.

Los resultados de la valoración se agregarán al expediente clínico de manera general y cuantitativa.

#### **4. Beneficios posibles del estudio.**

El principal beneficio es que mi hijo se incluirá en un tratamiento cognitivo conductual que ha sido eficiente para trastornos de ansiedad.

#### **5. Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio.**

Si su hijo y usted tienen cualquier pregunta acerca de este estudio se podrán poner en contacto con la Psic. Marcela Martínez en el servicio de psicoterapia cognitivo conductual de este hospital durante el turno matutino, es ella quien es responsable de este proyecto como investigadora principal, y/o con la Psic. Alejandra Viridiana Gutiérrez García (Teléfono 4492066587).

#### **6. Derecho a retirarse del estudio.**

Su hijo y usted son libres de retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto afecte la atención médica futura de su hijo en el hospital. Si desea retirar a su hijo del estudio lo notificará a la Psic. Marcela Martínez Ahumada y a la Psic. Viridiana Gutiérrez dentro del servicio de psicoterapia cognitivo conductual.

## 7. Confidencialidad.

La información obtenida de su hijo será manejada y administrada con absoluta confidencialidad, y será manejada en una base de datos con un código de letras y números, evitando la identificación personal. Los resultados de las evaluaciones de su hijo pueden publicarse para fines científicos siempre y cuando no se divulgue su identidad, cabiendo la posibilidad de que la información pueda ser mantenida y procesada en una computadora.

### Firmas del Consentimiento Informado

Su hijo y usted han leído la información anterior, se les ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Por la presente aceptan participar en este estudio. Si su hijo no puede dar el consentimiento informado, su propia firma a continuación indica que ha dado su aprobación para participar en este estudio.

---

Nombre y firma o huella de la participante

---

Fecha

---

Nombre y firma de la madre, padre o tutor

---

Fecha

---

Nombre y firma de la investigadora

---

Fecha

## Carta de Asentimiento

Has sido invitado(a) voluntariamente a participar en la investigación “Tratamiento cognitivo conductual para niños escolares con trastornos de ansiedad. Estudio piloto” en donde trabajarás bajo un tratamiento psicológico que incluirá a tus padres para que te ayuden a disminuir al máximo posible la ansiedad que has estado presentando.

Todo el procedimiento tendrá una duración total de 15 horas aproximadamente, repartiéndose en sesiones semanales de 60 minutos cada una. Iniciaré con una entrevista que la psicóloga realizará a tus padres para que ellos expliquen cómo manifiestas tu ansiedad y otros aspectos relacionados. Posteriormente, acudirás en 3 ocasiones para que, mediante diferentes actividades de juego, ella te pregunte al respecto. Te pedirán que contestes dos cuestionarios: CMASR-2 y SCAS, cuyo fin será profundizar en la información que has proporcionado en las preguntas que te hizo la psicóloga. Tus padres estarán completando un formato de registro en donde observarán qué manifestaciones tienes en tu conducta y en tu cuerpo cuando te sientes ansioso; esto le ayudará a la psicóloga a monitorear tus avances semana con semana.

Después, iniciarás el tratamiento psicológico en donde se les pedirá a tus padres que acudan a la primera sesión para que la psicóloga les enseñe cómo manejarás tu ansiedad. Las siguientes sesiones ingresarán tus papás los primeros 20 minutos, y los 40 minutos restantes, tu ingresarás para trabajar al respecto. A lo largo del proceso, se te pedirá que practiques en casa o en la escuela lo aprendido durante las sesiones. Al finalizar, nuevamente se te pedirá que contestes los cuestionarios iniciales: CMASR-2 y SCAS y se te citará nuevamente al primer y al tercer mes de finalizado el tratamiento para monitorear tus avances.

Se te ha explicado que tus datos serán manejados con absoluta confidencialidad, por medio de letras y números (en lugar de tu nombre), y que los resultados pueden usarse para fines de

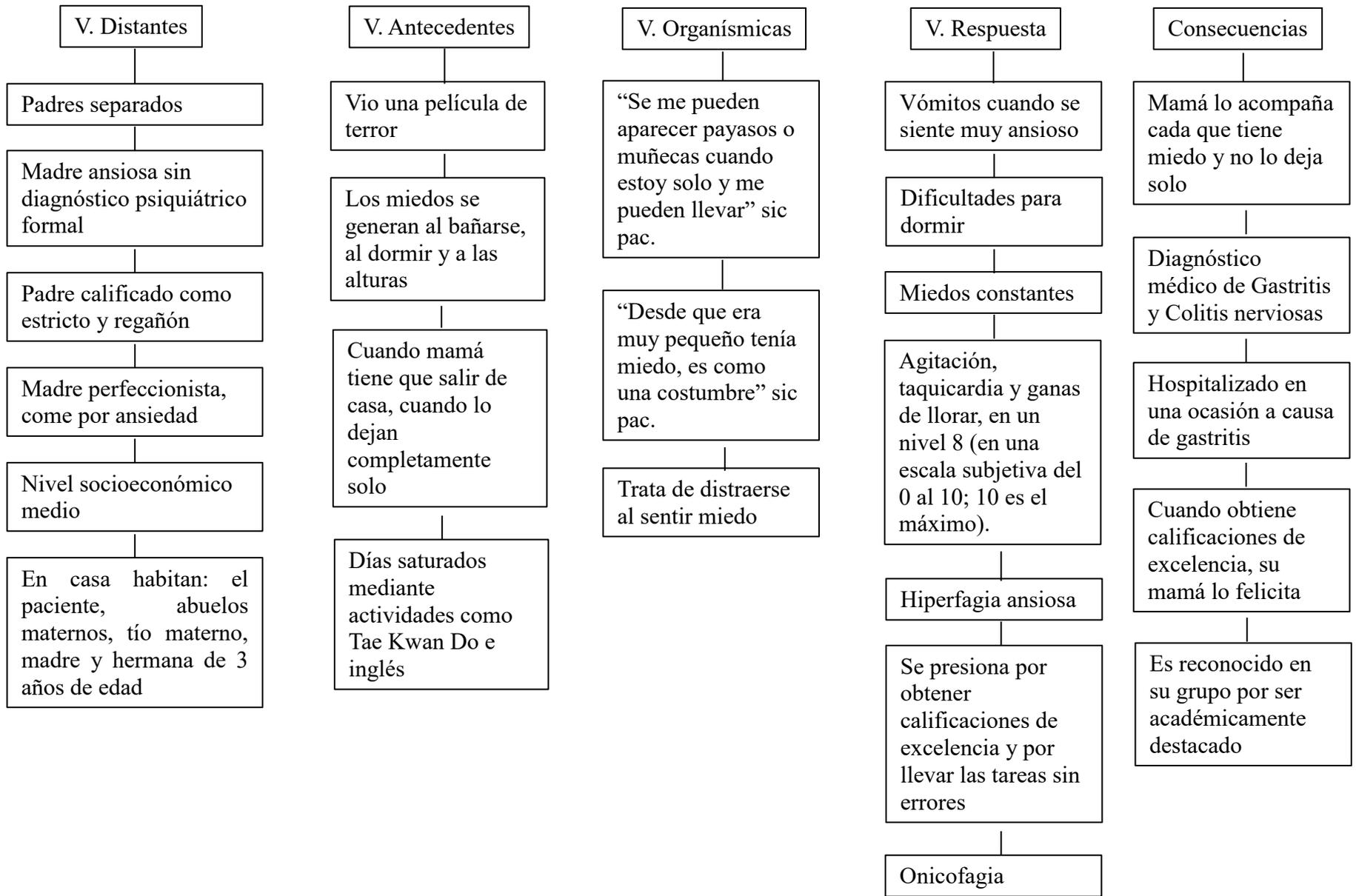
publicaciones científicas, pero siempre resguardando tu identidad personal. En caso de que así lo decida, tienes la libertad de ejercer tu derecho de abandonar el tratamiento en el momento en el que así lo desees.

**Firmas del Asentimiento Informado.**

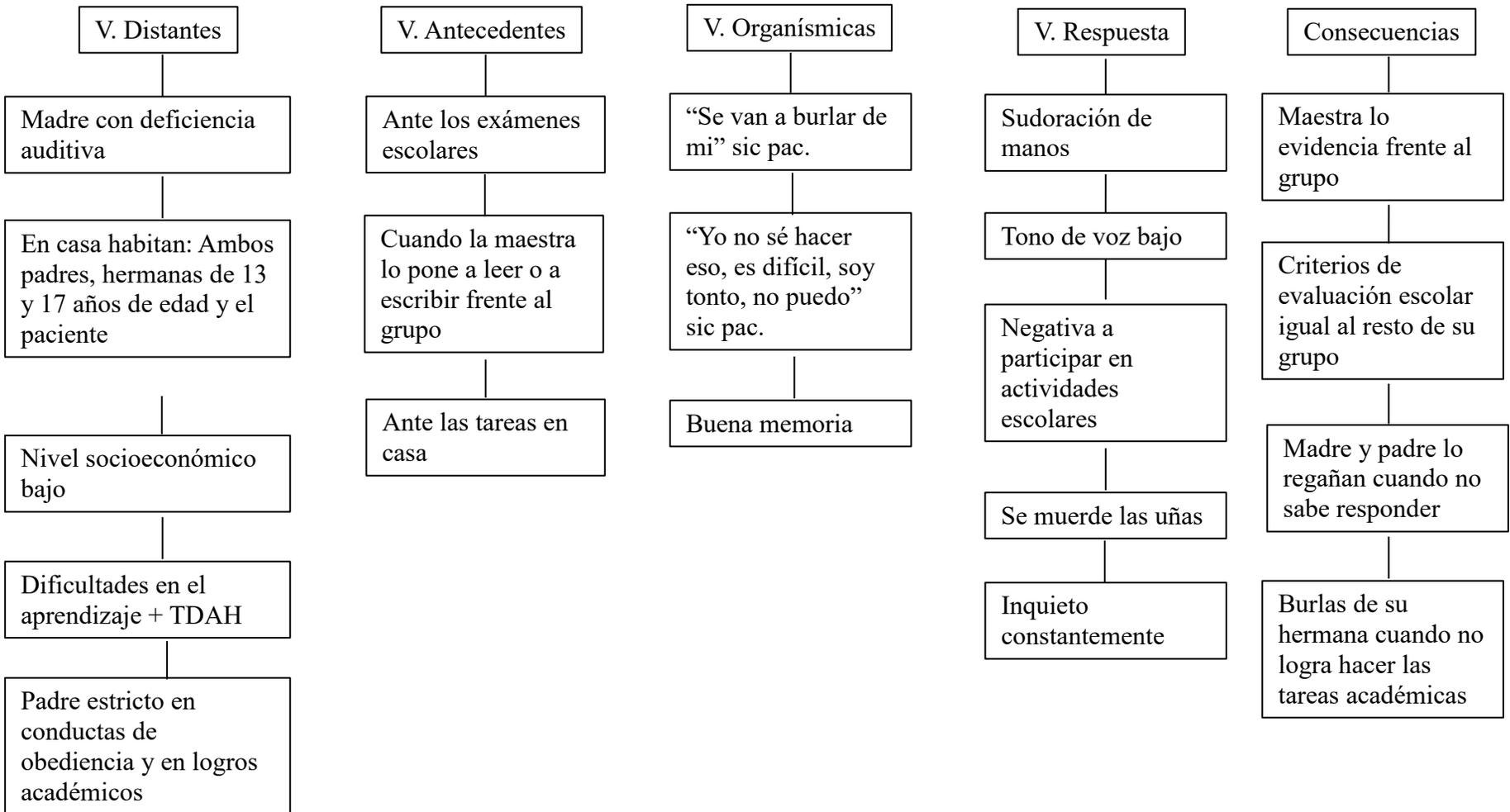
Has leído la información anterior y por medio de tu firma siguiente, aceptas participar en este estudio.

_____	_____
Nombre y firma del participante.	Fecha
_____	_____
Nombre y firma del padre o la madre.	Fecha
_____	_____
Nombre y firma del investigador.	Fecha

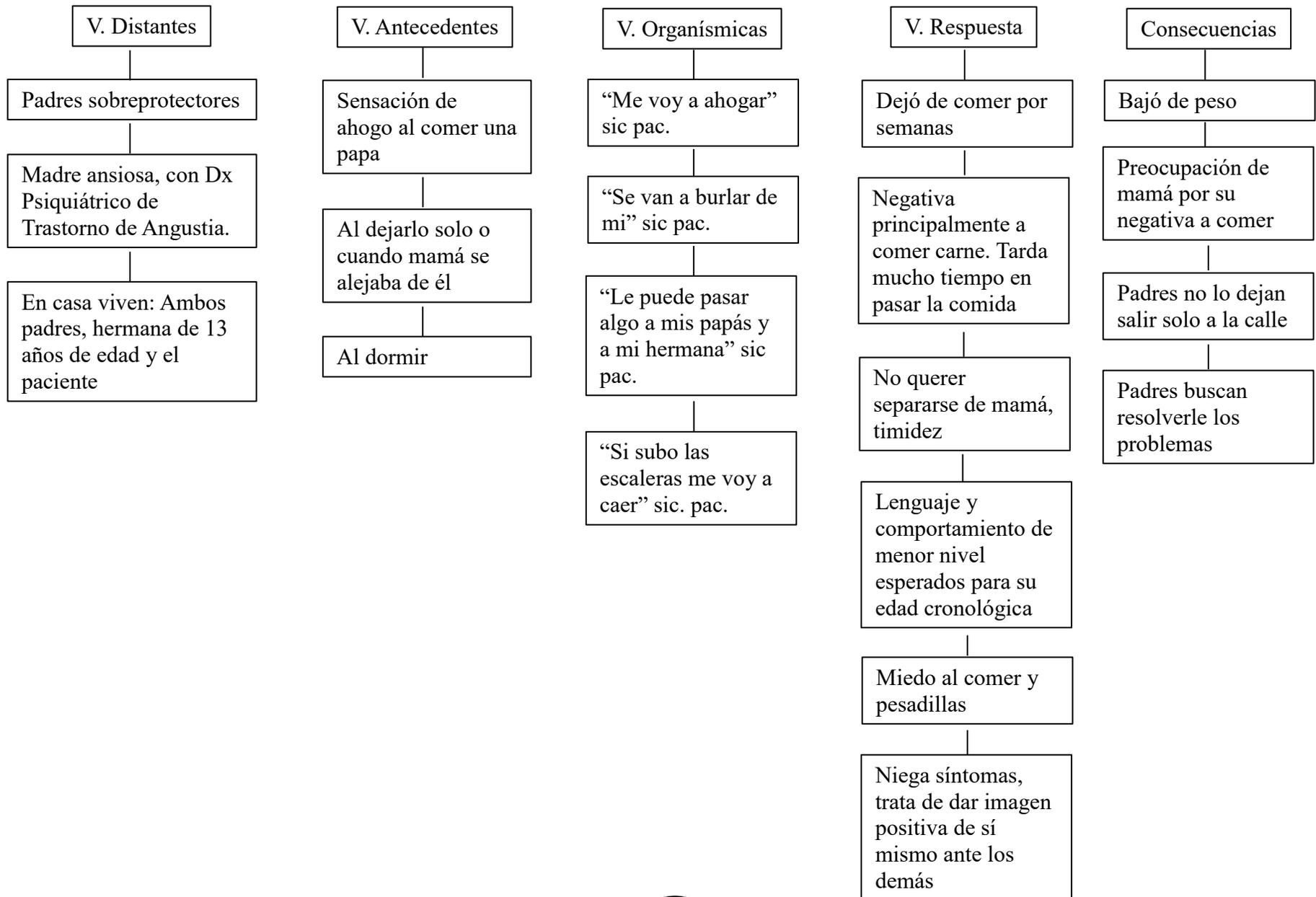
**Anexo 3. Mapa clínico de patogénesis Estudio Piloto**



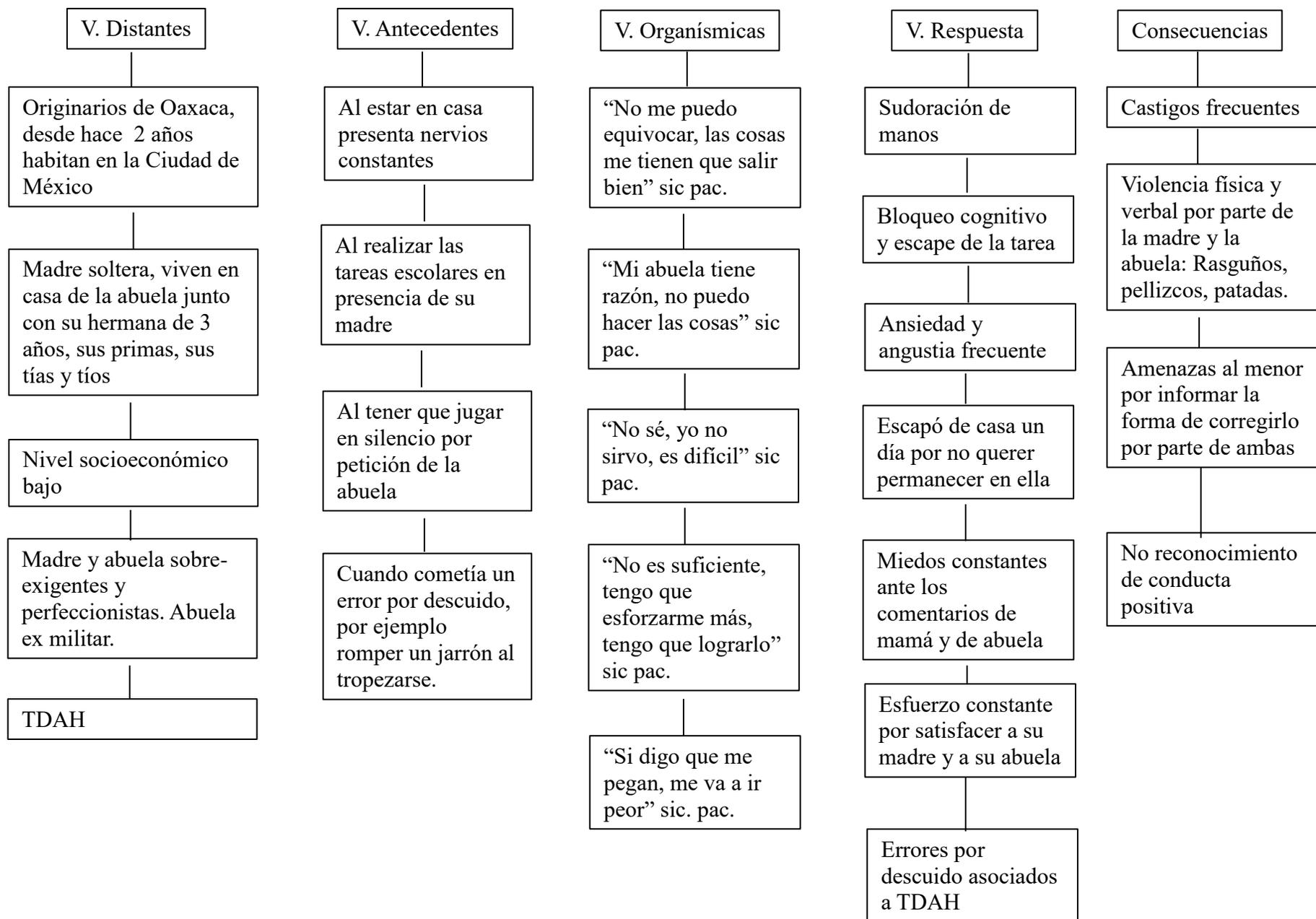
#### Anexo 4. Mapa clínico de patogénesis Paciente R



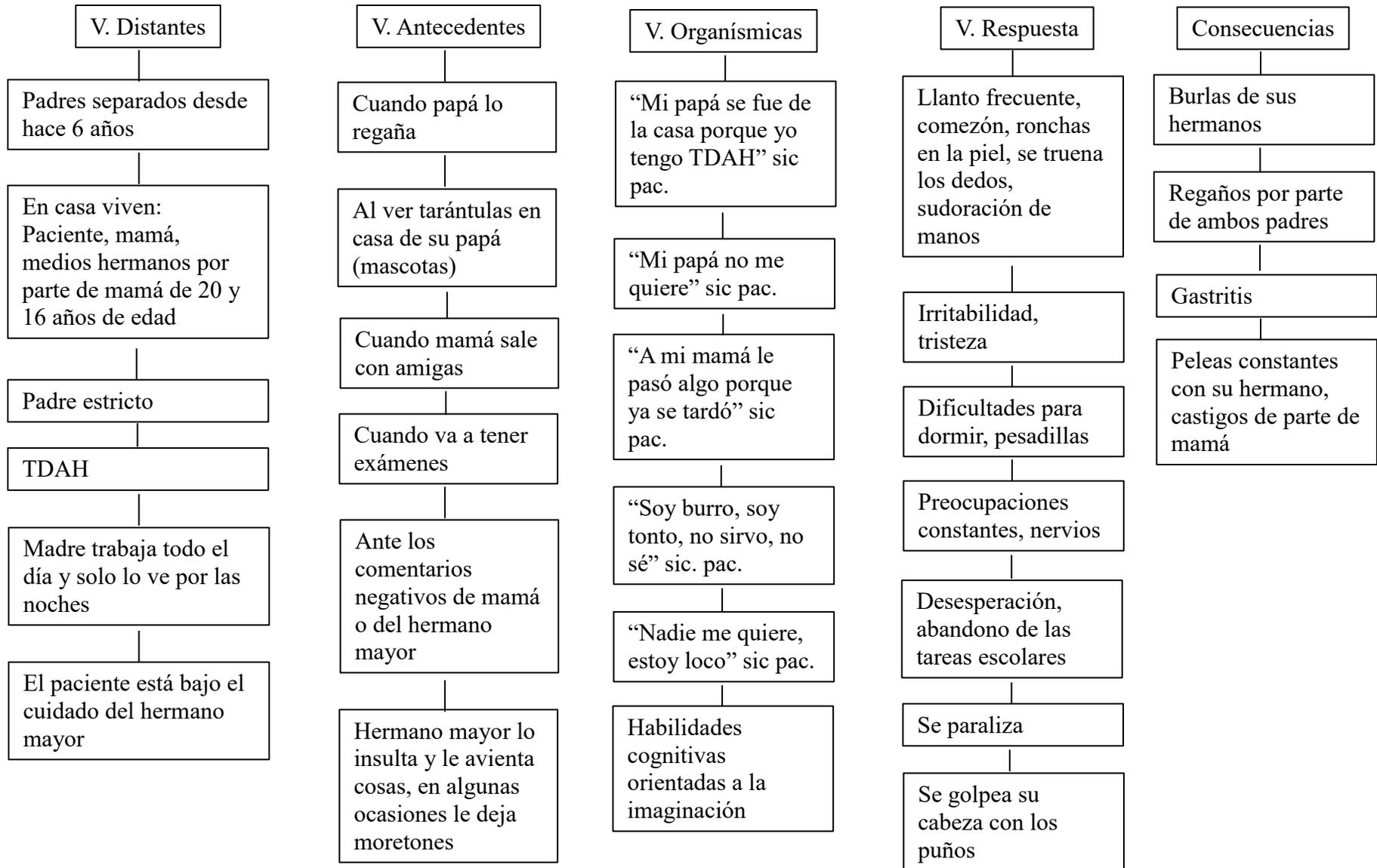
## Anexo 5. Mapa clínico de patogénesis Paciente D



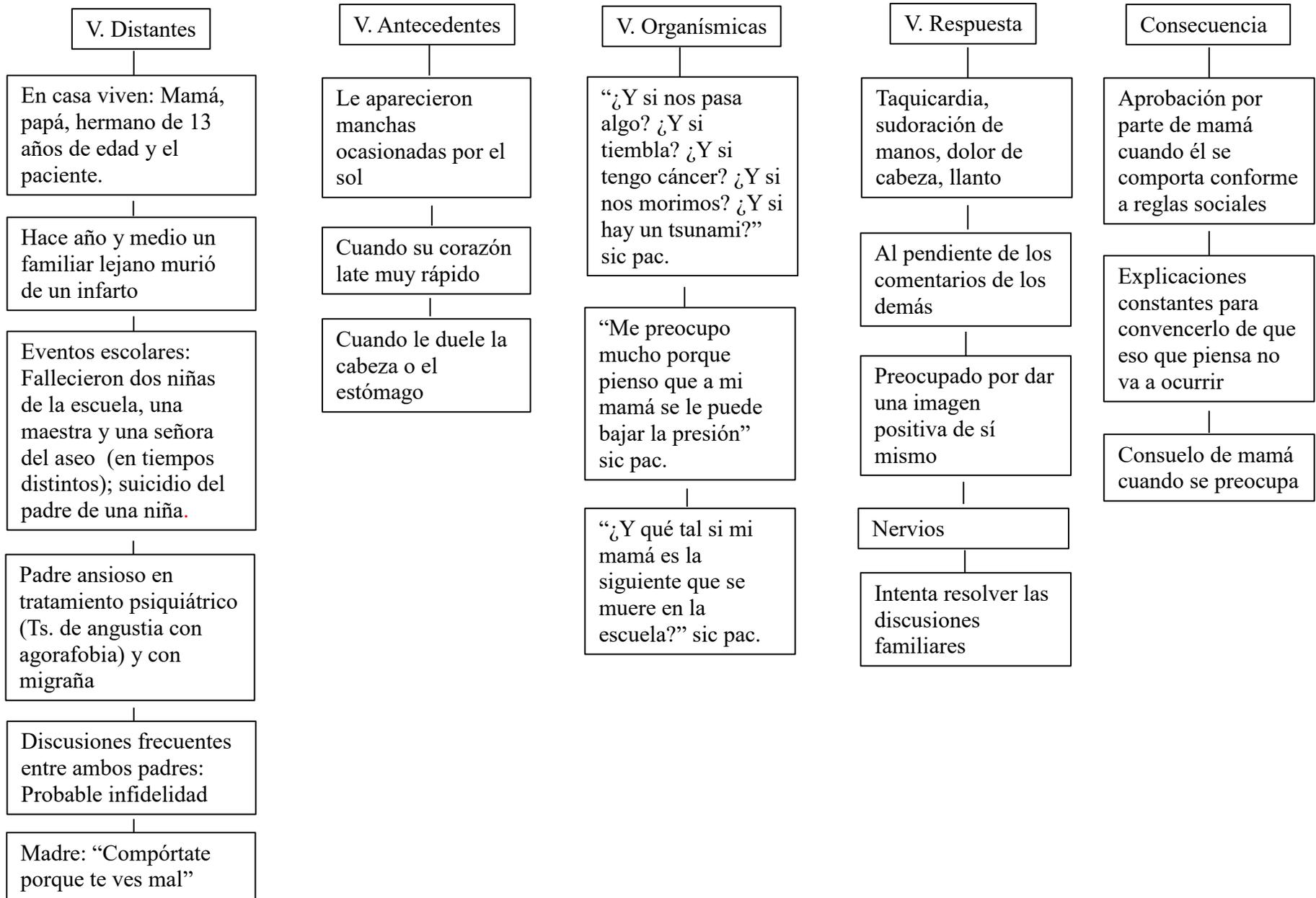
## Anexo 6. Mapa clínico de patogénesis Paciente Q



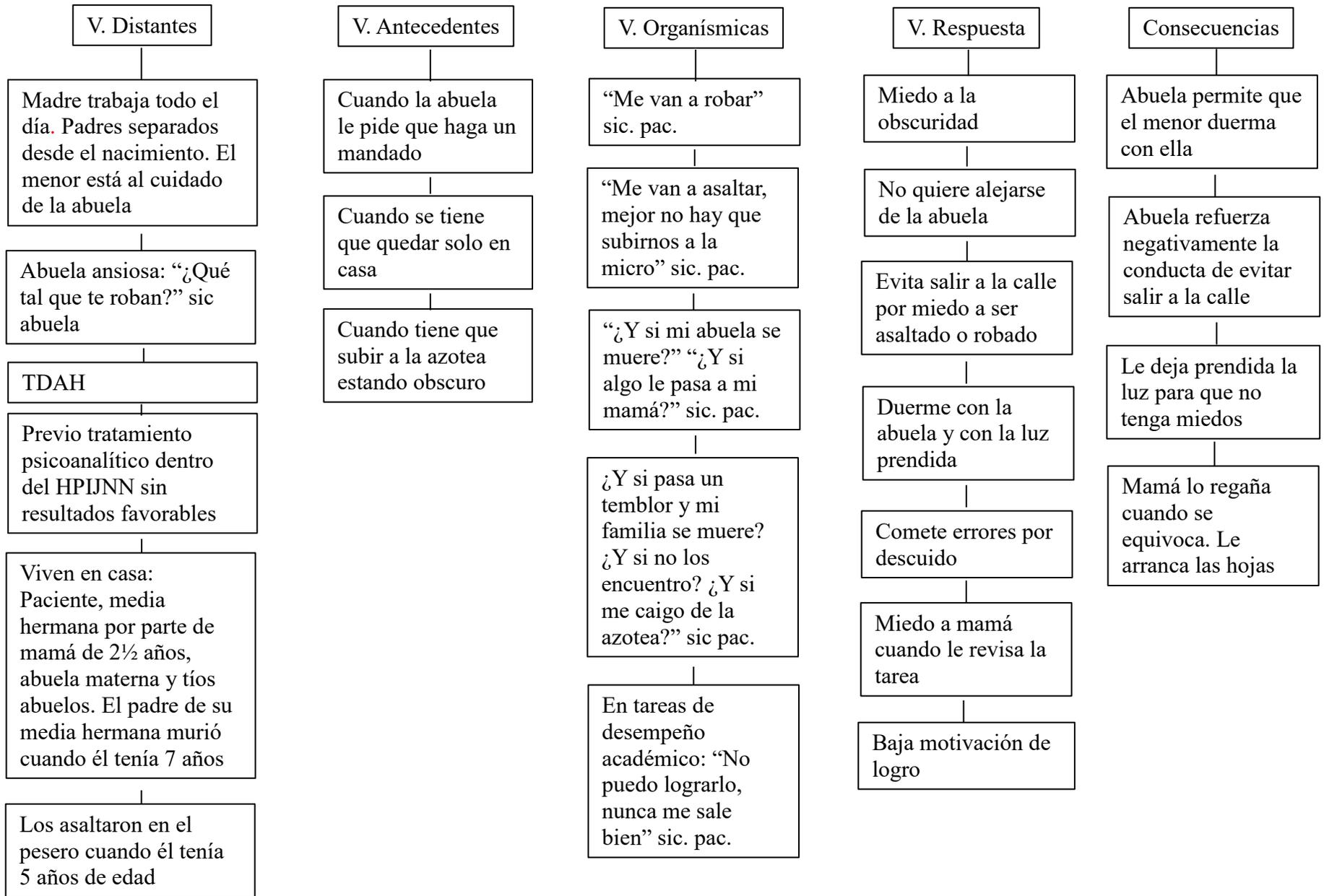
**Anexo 7. Mapa clínico de patogénesis Paciente A**



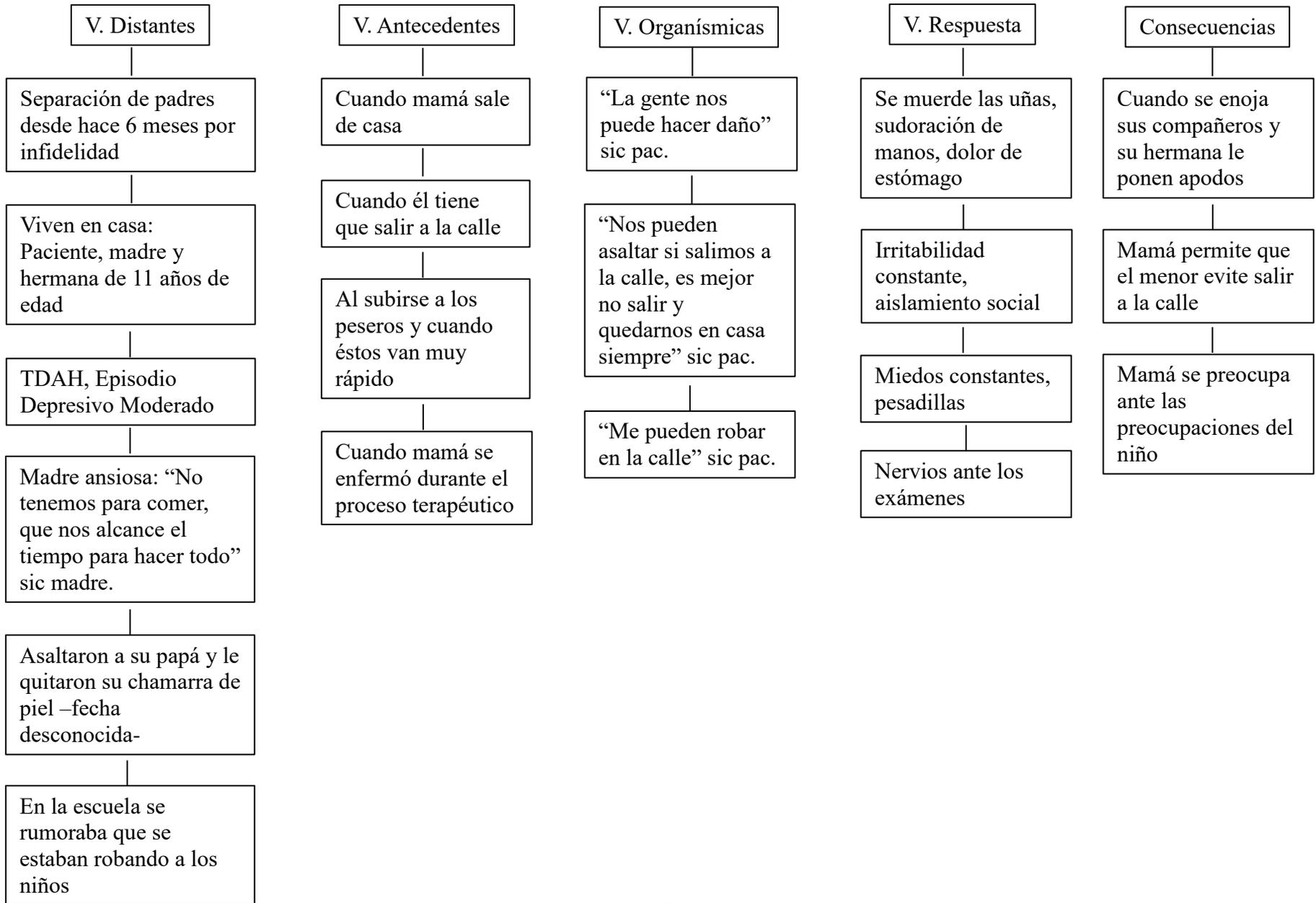
**Anexo 8. Mapa clínico de patogénesis Paciente Rd**



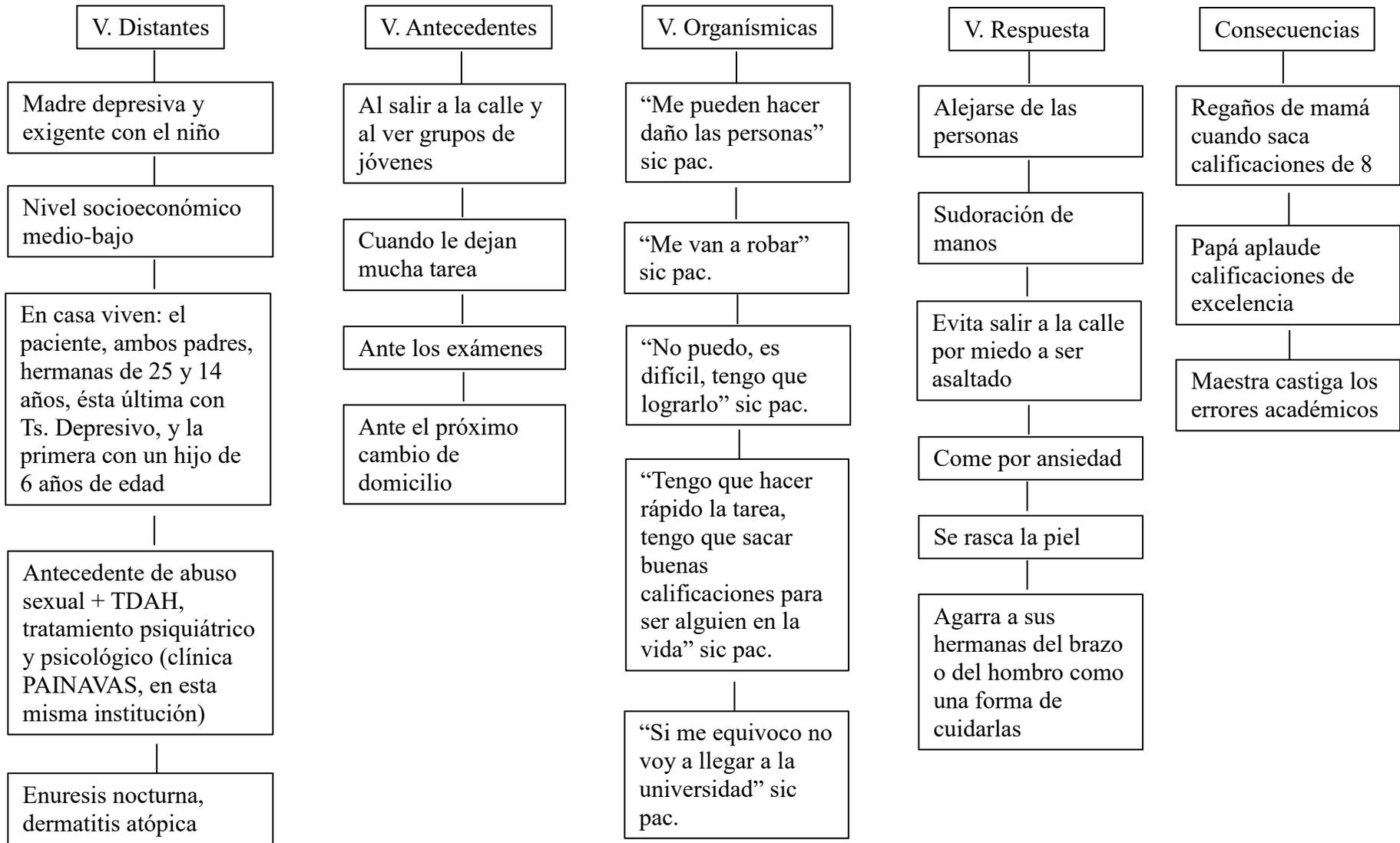
## Anexo 9. Mapa clínico de patogénesis Paciente JC



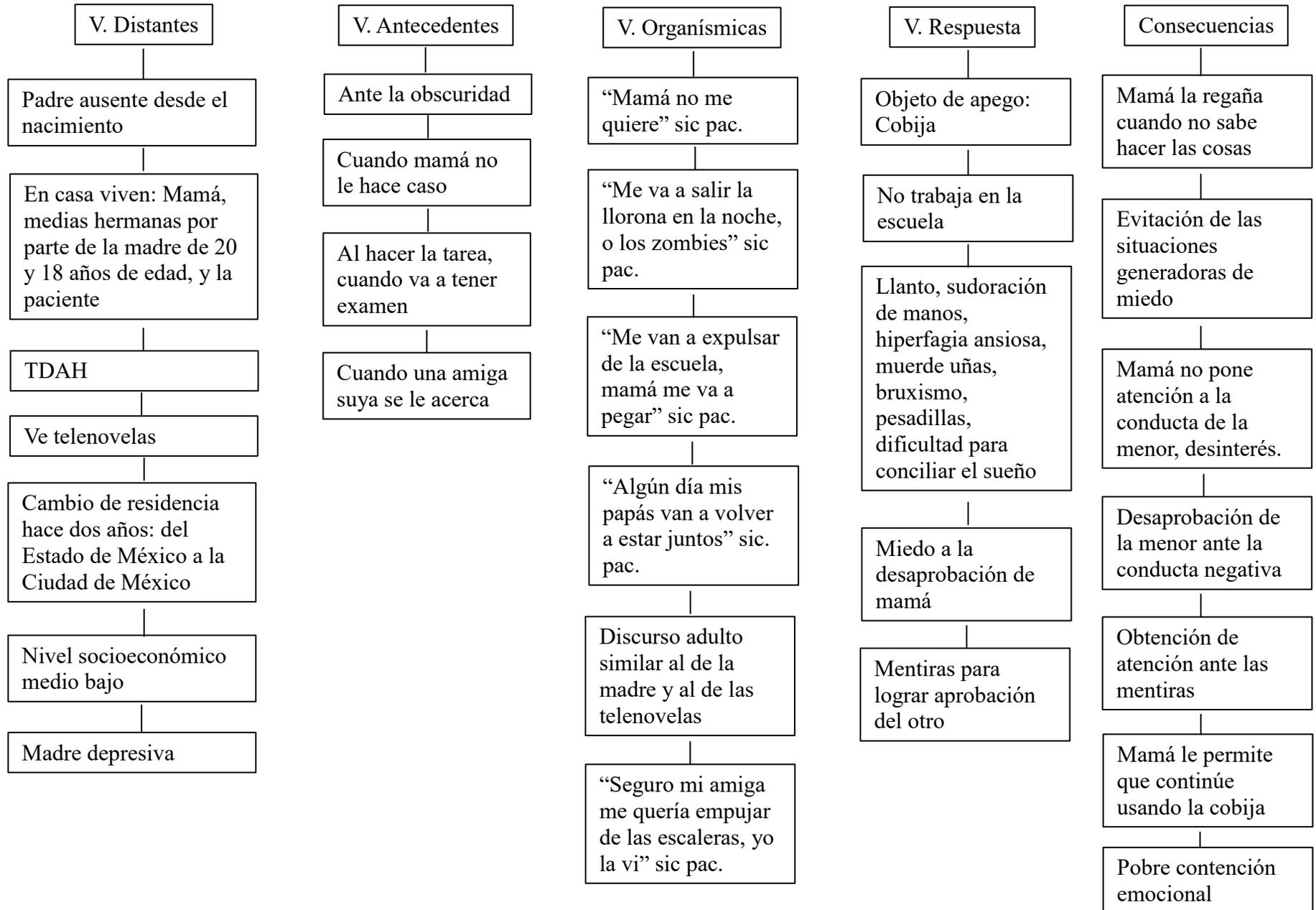
**Anexo 10. Mapa clínico de patogénesis Paciente H**



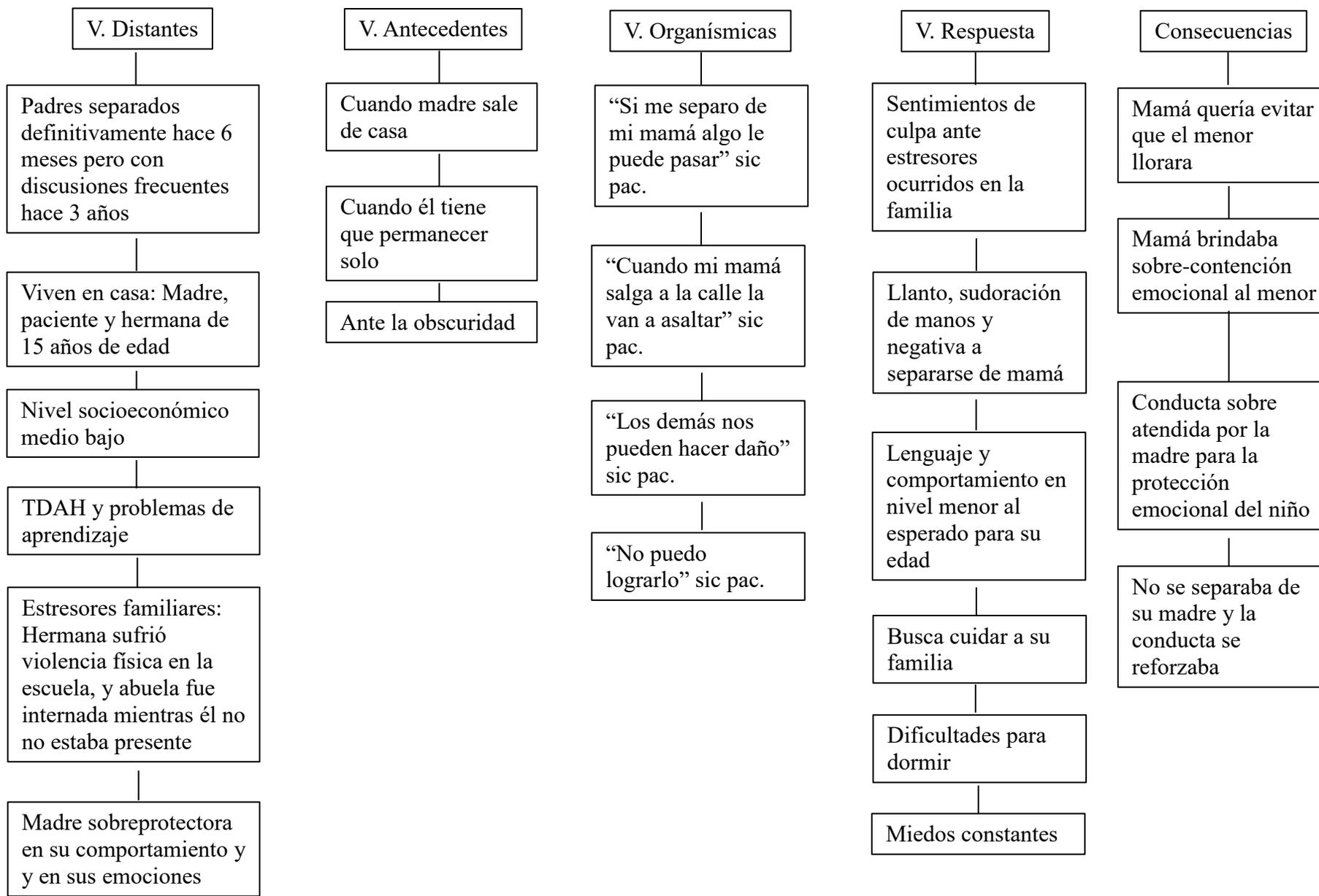
**Anexo 11. Mapa clínico de patogénesis Paciente S**



**Anexo 12. Mapa clínico de patógenesis Paciente K**



### Anexo 13. Mapa clínico de patogénesis Paciente J



**Anexo 14. Formato de registro de ansiedad. Estudio Piloto**

**¿Cómo me sentí?**

<b>Emoción</b>	<b>Miedo</b>					<b>Preocupación</b>					
<b>¿Qué tan intensa fue?</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Sudoración de manos</b>	Sí					No					
<b>Dificultad para dormir</b>	Sí					No					
<b>Dolor de estómago</b>	Sí					No					
<b>Pesadillas</b>	Sí					No					
<b>Llanto</b>	Sí					No					
<b>Falta de aire</b>	Sí					No					
<b>Morderse las uñas</b>	Sí					No					