

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

Regulación emocional en niños escolares de 6 a 13 años con trastornos de ansiedad que asisten a escuelas primarias públicas en la Ciudad de México

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:

Luis Alberto Salinas Torres

TUTORA:

Dra. Silvia Ortiz León

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Luis Alberto Salinas Torres

Correo electrónico: last2503@gmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. Silvia Ortiz León.

Correo electrónico: dra_silviaortiz@yahoo.com.mx

Institución donde labora: Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina. UNAM.

Nombre de los asesores:

Dra. Armida Granados Rojas.

Correo electrónico: thegardiro@yahoo.com.mx

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro.

Mta. Aurora Jaimes Medrano.

Correo electrónico: aurorajaimes@gmail.com

Institución donde labora: Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina. UNAM

Dra. Ana Carolina Rodríguez Machain.

Correo electrónico: anacaro@outlook.com

Institución donde labora: Departamento de Salud Mental. Facultad de Medicina. UNAM

I. RESUMEN

Antecedentes: Hay un aumento en el interés de conocer el desarrollo psicosocial de los niños, y aprender como regulan sus emociones de una forma adaptativa y funcional. La regulación emocional incorpora la habilidad para acceder a un rango de emociones, y se encarga de modular y controlar la intensidad o la duración de la emoción. La regulación emocional funcional tiene un papel importante en el desarrollo y el curso de la psicopatología. De hecho los déficits en la regulación emocional están implicados en varios trastornos. Los Trastornos de Ansiedad son los trastornos mentales que más comúnmente se presentan y que impactan en el desarrollo infantil y del adolescente. Es reconocido que los Trastornos de Ansiedad cuentan con déficits en la regulación emocional; sobre todo por el aumento de la intensidad, la pobre conciencia de las emociones, las fallas en el control de la expresión emocional y la dificultad del desempeño contextual. El Índice de Regulación Emocional de Niños y Adolescentes ERICA (Emotion Regulation Index for Children and Adolescents) cuenta con adecuadas propiedades psicométricas para ser empleada en niños y adolescentes mexicanos.

Objetivo: Identificar las características en la regulación emocional en niños escolares de 6-12 años de edad que acuden a escuelas públicas de la zona poniente de la Ciudad de México con trastornos de ansiedad en comparación con los niños que no presentan dichos trastornos. **Material y métodos:** Diseño descriptivo, y de correlación.

Resultados: Los niños con trastornos de ansiedad presentan menores puntajes en el índice ERICA para la regulación emocional y por ende menor regulación emocional en comparación con los niños que no tienen estos trastornos. Además a medida que hay más comorbilidades entre los trastornos de ansiedad existe menor regulación emocional.

Conclusiones: Existen diferencias en las características de la regulación emocional entre los niños con trastornos de ansiedad vs niños sin trastornos de ansiedad. La comorbilidad con otros trastornos de ansiedad se asocia a mayor severidad y por ello menor funcionamiento adaptativo.

Términos MeSH: Emotions, Child Development, Anxiety Disorders

ÍNDICE

I.	RESUMEN.....	3
II.	INTRODUCCIÓN.....	7
III.	MARCO TEÓRICO	7
	Regulación Emocional.....	8
	Desarrollo de la regulación emocional.....	10
	Recién nacido y primer año de vida.....	10
	Infancia.....	12
	Etapa Preescolar.....	13
	Etapa escolar	14
	Evaluación de la regulación emocional.....	15
	Regulación emocional y psicopatología.....	17
	Regulación emocional y ansiedad	18
	Regulación emocional y trastornos de ansiedad	20
	Epidemiología de los trastornos de ansiedad.....	20
	Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG).....	24
	Trastorno de Angustia o Trastorno de Pánico (TP).....	24
	Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).....	25
	Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC).....	26
	Fobia Social (FS).....	27
IV.	JUSTIFICACIÓN.....	27
V.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	28
VI.	HIPÓTESIS.....	28
VII.	OBJETIVOS.....	29
	A. General.....	29
	B. Específicos	29
VIII.	MATERIAL Y MÉTODOS	29
	A. Diseño	29
	B. Población.....	29
	C. Muestra.....	30
	D. Variables.....	30

E.	Criterios.....	31
	Criterios de inclusión.....	31
	Criterios de exclusión.....	31
	Criterios de eliminación.....	31
F.	Procedimiento.....	32
G.	Cronograma.....	34
H.	Instrumentos.....	34
I.	Análisis Estadístico.....	36
IX.	RESULTADOS.....	37
	Datos socio demográficos de la muestra.....	37
	Niños con Trastornos de Ansiedad.....	40
	Regulación emocional entre niños con Trastorno de Ansiedad y niños sin trastorno psiquiátrico.....	41
	Regulación emocional de acuerdo al número de Trastornos de Ansiedad.....	42
X.	DISCUSIÓN.....	47
XI.	CONCLUSIONES.....	49
XII.	LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.....	50
XIII.	REFERENCIAS.....	51
XIV.	ANEXOS.....	57

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tablas.

Tabla 1. Componentes involucrados en la regulación emocional	9
Tabla 2. Frecuencia de Trastornos de Ansiedad	23
Tabla 3. Definición de variables	30
Tabla 4. Cronograma	34
Tabla 5. Reactivos de la escala ERICA en español	35
Tabla 6. Distribución por sexos	38
Tabla 7. Distribución por grados	38
Tabla 8. Distribución por Edad por Trastorno de Ansiedad	39
Tabla 9. Número de Trastornos de Ansiedad y comórbidos con otros Trastornos de Ansiedad	40
Tabla 10. Descriptiva de Regulación Emocional por cantidad de Trastornos de Ansiedad	43
Tabla 11. Tabla de Test por Distribución de Varianzas	44
Tabla 12. ANOVA de Regulación Emocional por cantidad de Trastornos de Ansiedad	44

Figuras y Gráficos.

Figura 1. Procedimiento	33
Gráfica 1. Media de Puntaje ERICA	41
Gráfica 2. Medias en el puntaje del factor de Control Emocional por cantidad de Trastornos de Ansiedad	45
Gráfica 3. Medias en el puntaje del factor de Auto Conciencia Emocional por cantidad de Trastornos de Ansiedad	45
Gráfica 4. Medias en el puntaje del factor de Respuesta Situacional por cantidad de Trastornos de Ansiedad	46
Gráfica 5. Medias en el puntaje del factor de Regulación Emocional Total por cantidad de Trastornos de Ansiedad	46

II. INTRODUCCIÓN

La regulación emocional permite a los individuos actuar eficazmente en situaciones de activación emocional, promoviendo un funcionamiento social adaptativo y un ajuste psicológico exitoso. Un funcionamiento emocional competente depende de la habilidad para regular las emociones de forma flexible y adaptativa en respuesta a las demandas contextuales. Se considera que las dificultades en la regulación emocional están implicadas en los procesos psicopatológicos, incluyendo los trastornos de ansiedad.

Los trastornos de ansiedad tienen una gran prevalencia en la infancia y en la adolescencia, siendo muy frecuentes en este grupo de individuos. Las dificultades de la regulación emocional están implicados tanto en la etiología como en el estrés generado por la psicopatología, permitiendo una inhabilidad para elegir respuestas adaptativas o inhibir las mal adaptativas provocando un escaso funcionamiento. Las estrategias de regulación emocional, contribuyen a la intensidad y la frecuencia de presentación de los trastornos de ansiedad. En la población mexicana hay escasos trabajos que se enfoquen en conocer la regulación emocional en niños y adolescentes, sobre todo en población con psicopatología. Además se ha reconocido que los Trastornos de Ansiedad cuentan con dificultades en la regulación emocional y por ello se inicia o mantiene esta patología.

Este estudio contribuye a conocer sobre la regulación emocional, en pacientes con trastornos de ansiedad en una población de niños mexicanos, para ello se utilizó el ERICA, índice de Regulación Emocional de Niños y Adolescentes (Emotion Regulation Index of Children and Adolescents, por sus siglas en inglés). Las propiedades psicométricas de esta escala fueron de evaluadas en el año 2013^{12,47}.

III. MARCO TEÓRICO

En las últimas tres décadas ha existido un mayor interés por el estudio de las emociones y su regulación, aportando un mayor conocimiento sobre el desarrollo funcional y adaptativo, desde la etapas tempranas del desarrollo, en la infancia y adolescencia, así como la interacción que tiene el individuo con su ambiente social y cultural. El concepto ha sido aplicado a diversos fenómenos y no hay una integración metodológica hasta el momento, por ello se ha cuestionado su utilidad como constructo. Dicho concepto, atrae a

la investigación del desarrollo del niño ya que tiene un rol importante en integrar un entendimiento del desarrollo típico y su relación con la psicopatología^{1,2}.

Las emociones son las capacidades biológicas adaptativas que impulsan al organismo para las tendencias de respuestas ante los distintos estímulos y para la evaluación de la experiencia, se conoce que motivan y le dan significado a la experiencia y a la socialización, van asociadas a las modificaciones biológicas; tanto los procesos autonómicos y neuroendocrinos, que anticipan las respuestas conductuales asociadas, y las llevamos a cabo como consecuencia de la actividad motora asociada. Las emociones surgen en la medida que un individuo atiende una situación o estímulo que son relevantes para lograr un objetivo. Desde su componente psicológico constructivo, se reconoce que tiene una duración específica e involucra la conducta expresiva para la comunicación, y es el resultado de la evaluación de un cambio en el ambiente. El término de reacción emocional se aplica a la asociación entre la activación, la experiencia emocional y la expresión^{2,3,4}. Ya que son respuestas innatas o aprendidas, una adecuada organización y adaptación de la comunicación y la interacción social, los procesos de personalidad, el logro de objetivos y los procesos cognitivos, requieren una adecuada regulación⁵.

Regulación Emocional.

De acuerdo a Thompson en 1994, *la regulación emocional: “involucra los procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar, y modificar las reacciones emocionales, especialmente sus características de intensidad y temporalidad, para alcanzar objetivos”⁸*. La regulación emocional incluye el manejo y la organización de diversos sistemas y cada uno de sus componentes, incluyendo los sistemas internos, los componentes conductuales y los componentes externos/sociales (Ver tabla 1). La regulación emocional no solo incluye el manejo de la supresión emocional, es un proceso dinámico y complejo que involucra el control de mecanismos como la exageración, sustitución y la neutralización, acompañado de la inhibición. Se encuentra ligada paralelamente con el entendimiento emocional y la conciencia emocional, las personas necesitan estar conscientes de sus propias emociones y de las emociones de los demás, y cuentan con un entendimiento de las implicaciones sociales en los varios contextos, para involucrarse en estrategias de regulación adaptativas¹⁰.

Las herramientas que se necesitan para operar estos sistemas tienen sus bases en los sustratos neuronales y fisiológicos y emergen a través de una continua interacción con el ambiente. La regulación emocional involucra cambios en las “dinámicas emocionales”; la latencia, el tiempo de ascenso, la magnitud, la duración y la serie de respuestas en dominios de conducta, experiencia y fisiología. Es decir, las emociones pueden ser reguladas de diferentes formas, el resultado final es considerado adaptativo o mal adaptativo dependiendo en la demanda social específica de la situación^{4,6}.

Tabla 1. Componentes involucrados en la regulación emocional

Componentes Emocionales	Procesos de Regulación Emocional
Componentes Internos	
Neurofisiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Regulación del Sistema Autónomo • Funcionamiento del eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal • Inhibición cortical
Cognitivos	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo de la atención • Cambios en interpretar/codificar el estímulo emocional • Generar Opciones de Respuesta • Seleccionar estrategias de regulación
Subjetivos	<ul style="list-style-type: none"> • Etiquetar sentimientos subjetivos • Mantener el sentido del control sobre la intensidad de las emociones
Componentes Conductuales	
Expresiones Faciales	<ul style="list-style-type: none"> • Modificar las expresiones faciales • “Enmascarar”/suprimir la expresión facial • Sustituir/alternar la expresión facial
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de recursos externos de afrontamientos • Cambio de demandas ambientales
Componentes Externos/Sociales	
Significado Cultural	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar el significado cultural de la conducta regulada
Significado Social	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar el impacto de las estrategias de regulación en el ambiente social
Conducta de los otros	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer contingencias de las conductas emocionales
	<ul style="list-style-type: none"> • Consejo/discusión de las estrategias de regulación
	<ul style="list-style-type: none"> • Remover/manejar el estímulo ambiental
	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo Directo (p. ej. Reconfortamiento física)

Fuente: Cuadro realizado por Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*: *JDBP*, 27(2), 155–168.

Desarrollo de la regulación emocional.

La regulación emocional promueve el desarrollo de varios procesos incluyendo el desarrollo emocional. La activación emocional está regulada primordialmente por los demás en las etapas tempranas del desarrollo, el cuidador realiza el monitoreo y la regulación inicial, a la frustración del niño, promoviendo un afecto positivo y dirigiendo la emergencia de las emociones autoreferenciales como son la culpa o el orgullo. El aumento de la auto-regulación de la activación emocional será el resultado del desarrollo neurofisiológico, el crecimiento cognitivo y las habilidades lingüísticas, así como la emergencia del auto-entendimiento emocional. Tras el aumento del desarrollo de la auto-regulación, la experiencia emocional se vuelve socializante, y adquiere un nuevo significado para el individuo, puede auto-controlarse y utilizarse propositivamente, e integrarse en el crecimiento del repertorio de los procesos estratégicos conductuales⁵.

Recién nacido y primer año de vida.

Algunos investigadores se han interesado en las diferencias del temperamento. De acuerdo a Rothbart y Derryberry (1981), el temperamento se refiere a las diferencias constitucionales innatas y las variaciones en el estilo conductual, se compone de la reactividad y la auto-regulación. La reactividad es la latencia del infante para responder, el umbral de las respuestas, y la intensidad de las respuestas a la estimulación sensorial⁴⁴. El temperamento puede modificarse en la medida que la socialización vaya influyendo en su desarrollo, no solo la experiencia llevará hacia resultados más óptimos también tiene efectos a largo plazo para el funcionamiento emocional y de la personalidad⁸.

Kagan en 1987, en un estudio longitudinal de los niños pequeños; inhibidos o desinhibidos conductualmente, sugiere que los niños inhibidos cuentan con un umbral menor en la reactividad de las estructuras límbicas; las cuales median el miedo y las defensas, y se manifiesta con diferencias en las medidas autonómicas y conductuales reflejando conductas temerosas, tímidas y de preocupación⁴⁵. Ésta evidencia sugiere una gran asociación con trastornos como depresión y ansiedad^{6,7}.

Los procesos de excitación difusa que subyacen de la activación orgánica disminuyen la labilidad durante el primer año de vida. En parte, por los cambios en el funcionamiento

postnatal del sistema hipotálamo-hipofisis-adrenocortical que gobiernan las reacciones al estrés y a la incertidumbre y los cambios madurativos en la regulación parasimpática, permitiendo que los esfuerzos de cuidadores promuevan el manejo de las emociones en el recién nacido y la emergencia de los controles internos de las emociones^{8,46}. Además surge gradualmente durante la infancia, el control inhibitorio cortical sobre la activación. A los 2-4 meses, hay cambios en la organización de los procesos atencionales, así como mayor respuesta emocional a la estimulación de contención. El control de la atención se considera uno de los factores que intervienen en la regulación emocional desde edades tempranas, y se va a ir modificando hacia procesos con mayor complejidad a medida que se desarrolla el niño. La atención se encargará del manejo de la entrada de la información emocional de activación⁸. Los niños con un mayor control en la atención se han asociado a mayor afectividad positiva y disminución del estrés³. Paulatinamente el niño podrá auto calmarse modificando la focalización de la atención.

De acuerdo a Fox en 1991, a los 9-10 meses la maduración de los lóbulos frontales y su asociación con la inhibición de la respuesta promueve la capacidad del manejo de la activación y sus esfuerzos para afrontar los eventos de activación emocional, inicia las conductas emocionales de compartir y afectar la atención y los estados afectivos de los demás^{6,9}.

A medida que crece el niño los padres irán modificando sus expresiones, sus gesticulaciones, la tonalidad de la voz o sus reacciones primarias modelando las respuestas emocionales para que se adecuen al contexto social^{2,3,5,7}. En un inicio los padres serán los reguladores de las emociones de los niños, e irán facilitando que los niños aprendan y experimenten estrategias del control emocional. Las experiencias interactivas promoverán el manejo de las experiencias de alta activación que son mantenidas para el desarrollo de las capacidades de afrontamiento^{5,9}.

Las relaciones tempranas de apego poseen una amplia influencia en la capacidad para regular el estrés, en la regulación de la atención y en la función mentalizadora de los sujetos. El apego es concebido como la regulación diádica de la emoción: cuando esta regulación es eficaz en la primera infancia a través de un apego seguro, tendrá consecuencias en la modulación, flexibilidad y en el control de las expresiones emocionales del niño. Para el desarrollo de los distintos estilos de apego se requiere de

la responsividad parental a las señales de estrés del niño. En el apego seguro los cuidadores responden a las conductas reflejas, afectivas y condicionadas del niño y son capaces de confrontarlos cuando es necesario, por lo que es reforzado su comportamiento. El cuidador anima, interactúa, apacigua y modifica las señales del niño. En el apego evitativo, los cuidadores rechazan las señales afectivas y se convierte en un castigo, el niño aprende a inhibir estas respuestas. Los cuidadores se caracterizan por una carencia en la validación de las señales emocionales, no disponibilidad emocional, rechazo manifiesto y aversión por el contacto. En el caso del apego ambivalente, el cuidado es cambiante, no responden de forma adecuada las necesidades del niño y no hay una satisfacción consistente⁵⁷.

Infancia

En la infancia ocurre el desarrollo de las emociones de auto-conscientes (como son la culpa, vergüenza y el orgullo). Al finalizar ésta etapa el niño adquiere un lenguaje extensivo que usan para etiquetar las experiencias emocionales con facilidad y diferenciadas. Ésta habilidad del discurso permite al infante a auto-regular tanto que pueden hablar de sí mismos a través de las situaciones emocionales complicadas o expresar sus preocupaciones hacia otras personas que pueden ayudar en regular su estado emocional⁶.

El lenguaje es importante para formar las representaciones simbólicas de la emoción y sus experiencias, además adquieren mayor capacidad conceptual en términos, conceptos e ideas emocionales, es decir el entendimiento socio-cognitivo de la emoción. Son la base del entendimiento de la meta-emoción, o el conocimiento sobre los procesos emocionales⁹. Los niños se involucran en estrategias de auto-regulación con mayor efectividad cuando el soporte social se encuentra presente, aún cuando el soporte no se dirige a ayudar al niño en el afrontamiento².

El establecimiento del lenguaje ocurre aproximadamente a los 18 meses, con un aumento rápido hacia los dos años. La habilidad de usar el lenguaje le permite al niño auto regularse. Las instrucciones, el acompañamiento y la supervisión de los padres moldean el entendimiento del niño sobre sus emociones. El padre puede sugerir estrategias

regulatorias al niño y el padre puede compartir sus propias emociones, con estas conversaciones los niños aprenden sobre las emociones y su manejo ^{5,8,9}.

Las emociones van a regular y ser reguladas mediante la interacción social, principalmente con las respuestas de los cuidadores. Los niños con apego seguro ante el afecto intenso, permanecen organizados, manifiestan esfuerzos para modular la excitación, presentan flexibilidad en lo emocional, adecuando la expresión de sus impulsos y emocionalidad al contexto.

Etapas Preescolar

En ésta etapa se desarrolla un mayor entendimiento de los antecedentes de la emoción así como las asociaciones entre las situaciones específicas y las reacciones emocionales, sobre todo en las reacciones emocionales simples; tristeza, alegría, enojo y miedo. Las explicaciones de las emociones se mueven desde el mundo externo hacia las explicaciones internas o la focalización hacia causas propias. Existen dos aspectos importantes del entendimiento de las consecuencias de las respuestas emocionales. A partir de conocer las consecuencias, el niño entiende las reglas socioculturales que controlan las expresiones emocionales en respuesta a las demandas de los contextos sociales. Otro aspecto de entender las consecuencias, es el manejo de los estados emocionales displacenteros ya que conocen el malestar subjetivo y se pueden apartar de él. ^{9,10} Entre los 2 a 4 años, existe una disminución de utilizar la auto-calma y la emergencia de nuevos y más complejos usos de los objetos y las interacciones para regular los estados emocionales.²

Las frecuentes instrucciones y mensajes de los padres tienen un impacto inmediato y forman el entendimiento del niño sobre las emociones, los niños adquieren consciencia de las razones sobre los esfuerzos de sus padres para regular la emoción y su expresión en ciertas situaciones. Los padres usan el lenguaje para sugerir estrategias de regulación. ⁹

El niño aprende de las ventajas sobre usar ciertas estrategias adquiridas para el manejo de la experiencia emocional; como son la regulación de la entrada sensorial, la búsqueda de apoyo de los adultos en los cuales confía o utilizando auto-plática de afrontamiento o afirmación, la remoción de los estímulos o evitación de las situaciones activantes.⁹

A los 2 años, el niño adquiere una red conceptual sobre términos, conceptos e ideas emocionales en un entendimiento socio-cognitivo, lo que el niño siente puede expresarlo. El lenguaje permite una reflexión consciente sobre las emociones. El desarrollo de las emociones auto-conscientes (ejemplo culpa, pena u orgullo) ocurre en esta etapa de niñez temprana. De los 4 años en adelante, el niño tiene la capacidad de manifestar las emociones complejas, y desarrolla la inferencia causal de las acciones sobre las emociones. Los padres pueden interactuar con el niño, en base al lenguaje verbal⁹. Hay un cambio de foco desde las variables situacionales externas hasta llegar a las variables internas, las explicaciones de las emociones de los niños cambian desde una perspectiva del ambiente hacia el conocimiento interno.^{8,9}

Etapa escolar

A partir de esta etapa se modifica dramáticamente el mundo ecológico del niño; pasa mayor parte del tiempo en compañía de los pares y sin una supervisión de los adultos, hay un aumento en los niveles de retroalimentación sobre las habilidades académicas y los padres son menos cálidos y muestran mayor crítica¹⁰.

Las emociones auto-evaluativas asumen un nuevo y más importante rol principalmente en la emergencia del auto-concepto y los estándares internalizados. La interacción con los sentimientos de vergüenza, culpa y orgullo favorecen el propio entendimiento y el entendimiento de las similitudes y diferencias con los demás (comparación social). En la medida que crece un niño, se exponen a un mayor rango de reglas, estándares y normas, además aumentan las oportunidades de las experiencias de “éxito” y “fracaso” experimentando las emociones auto-evaluativas. Las repetitivas experiencias de las emociones auto-evaluativas aumentan la autoconciencia, resalta los estándares morales, y favorecen los estándares internalizados, contribuye a la habilidad de conceptualizar éstas emociones^{9,10}.

Los avances cognitivos permiten la distinción de las apariencias/realidad, la flexibilidad representacional en aplicar múltiples perspectivas a un evento sencillo, y el crecimiento del conocimiento social y las herramientas para la toma de roles tienen implicaciones importantes en el entendimiento del niño de las reglas *socioculturales*, las múltiples dimensiones de las experiencias emocionales y la simultaneidad de las diferentes

emociones, y las consecuencias de la expresión emocional propia para las relaciones sociales. Pueden manejar la activación emocional focalizando en los beneficios de la propia regulación, o pueden modificar la experiencia reinterpretando o redefiniendo una situación que facilita o mantiene la activación. Los niños mejoran las estrategias de autorregulación para propósitos interpersonales o sociales; de ésta forma logran mayor aceptación con pares y un mejor desempeño académico¹⁰.

Hay un aumento de la autonomía emocional así como el manejo de las experiencias emocionales ya que dependen menos de factores situacionales o de la regulación externa, y pueden mantener un bienestar emocional satisfactorio más independiente y dirigido hacia sí mismo. Los sentimientos sobre las emociones ayudan al niño ganar un sentido como agente causal de las emociones, y paulatinamente aumenta la conciencia sobre ser seres autónomos, en la etapa media escolar los niños hacen auto-descripciones basados en sus propias características, apoyado en la emergencia del pensamiento operacional concreto¹⁰.

Además Eisenberg, Fabes, Karbon y colaboradores, en 1996, encontraron que los individuos que mostraban mayor control esforzado (definido como la eficiencia para la atención ejecutiva-incluyendo la habilidad para inhibir las respuestas dominantes y/o activar la respuesta subdominante, para planificar y detectar errores), tendía a experimentar mayor simpatía que distress personal¹¹.

Evaluación de la regulación emocional

Uno de los mayores obstáculos en la conducción de investigación de la regulación emocional en los períodos escolares del desarrollo era la falta de un instrumento que presentara una medición confiable. En 2010, MacDermott y Gullone evaluaron la validez y confiabilidad del instrumento ERICA para el autoreporte de la evaluación de la regulación emocional. Este estudio encontró que la evaluación de las competencias de regulación emocional incluía el Control Emocional, la Auto-conciencia Emocional y la Respuesta Situacional en los niños y adolescentes de entre 9 a 16 años. Para el desarrollo de este instrumento se utilizó la escala Emotion Regulation Checklist, ERC, desarrollada por Shields y Cicchetti en 1997, diseñada para valorar los procesos de regulación emocional incluyendo labilidad afectiva, intensidad de la valencia, flexibilidad y respuesta apropiada

a la situación. Posteriormente en el año 2001, Biesecker y Easterbrooks, encontraron que los contenidos evaluados con la ERC eran apropiados para medirse en la adolescencia y elaboraron el instrumento Emotion Regulation Checklist for Adolescents, ERCA.

En el caso del Índice de Regulación Emocional de Niños y Adolescentes ERICA, el lenguaje se simplificó y se realizaron las sustituciones apropiadas para una población de 1,389 niños y adolescentes Australianos, en edades desde los 9 a 16 años. En ésta población encontraron una confiabilidad de Control Emocional de alfa de Cronbach=0.76, pero en Autoconciencia Emocional de alfa de Cronbach=0.60 y Respuesta Situacional alfa de Cronbach=0.64 y para el ERICA global de alfa de Cronbach=0.74²⁶. Para la validez de convergencia en la investigación psicométrica del ERICA; los altos puntajes totales del Índice ERICA, que señalan mayor regulación emocional, se encontraron correlacionados positivamente con la culpa adaptativa, y la protección parental, y una relación inversa con vergüenza, sintomatología depresiva y la sobreprotección parental. El factor de Control Emocional incluye los componentes externalizados, y se relacionó positivamente con culpa y negativamente con vergüenza. El Factor de Autoconciencia Emocional tuvo correlación negativa con vergüenza, sintomatología depresiva y sobreprotección parental. El Factor de Respuesta Situacional refleja el entendimiento social y la sensibilidad social; se relacionó positivamente con empatía y culpa así como con los cuidados parentales, y negativamente con depresión²⁶.

Posteriormente, se realizó la evaluación de las propiedades psicométricas de la escala en México, en el 2013. Pimentel, aplicó el instrumento ERICA en 100 niños de escuelas primarias de 9-11 años y a 30 niños con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) sin comorbilidad y realizó la comparación de las medias entre ambos grupos, encontrando que el ERICA presenta propiedades psicométricas moderadamente aceptables (alfa de Cronbach=0.75), y que el TDAH disminuye la capacidad en la regulación emocional⁴⁷. Arellano realizó un estudio similar pero en una población de niños de 12-16 años, y encontró adecuadas propiedades psicométricas en éstas edades (alfa de Cronbach=0.80), además refiere diferencias en la regulación emocional entre adolescentes con o sin TDAH, para el factor de Control y Conciencia Emocional pero no para la Respuesta Situacional¹².

Regulación emocional y psicopatología

En la actualidad se reconoce que la regulación emocional está incorporada al desarrollo de la psicopatología. De acuerdo con Cole y Michel en 1994, la desregulación emocional no es la falta de la regulación sino la regulación que opera en forma disfuncional, dependiente de las estrategias utilizadas, en los distintos contextos. Las personas que no pueden manejar sus respuestas emocionales a los eventos diarios experimentan periodos de estrés con mayor duración y severidad, y puede evolucionar hacia ansiedad y depresión¹⁴.

La regulación emocional puede amortiguar la intensidad emocional. En general, los niveles elevados de intensidad emocional negativa y positiva son factores de riesgo. Cuando se presenta una intensidad emocional moderada se obtienen resultados positivos en el ajuste social, el adecuado rendimiento académico (ambos muy importantes en los niños y adolescentes) y la funcionalidad laboral¹³.

Se considera que existen ciertas predisposiciones o vulnerabilidades para el desarrollo de algunos trastornos. En el caso del patrón de temperamento de tipo inhibido se ha asociado del desarrollo de trastornos internalizados, y en el caso del patrón desinhibido para los trastornos externalizados. Existen otros patrones del temperamento que pueden ser vulnerabilidades para el desarrollo de psicopatología. El patrón de orientación hacia la recompensa/acercamiento puede crear una vulnerabilidad hacia los trastornos relacionados a la impulsividad. Y los patrones de orientación hacia el castigo/evitación pueden llevar al niño al desarrollo de trastornos de la ansiedad¹³.

Los niños con apego evitativo predominan emociones de ansiedad, miedo, rabia, hostilidad y desconfianza, y en el caso del apego ambivalente resaltan emociones como preocupación rabia, miedo, estrés y ansiedad. En el estilo evitativo se tienden a utilizar estrategias de inhibición emocional, distanciamiento de lo emocional y afectivo, exclusión de recuerdos y pensamientos dolorosos, supresión de emociones negativas y distanciamiento de los contextos de apego. En el estilo ambivalente se utilizan estrategias de búsqueda de proximidad con figuras de apego, hipervigilancia, rumiación, y sobreactivación general del organismo, inhibición emocional, atención directa al estrés, acceso constante a recuerdos emocionales negativos⁵⁷.

Los niños en riesgo o con diagnóstico de un trastorno psicológico muestran problemas en la expresión emocional. Estos patrones son la inhibición de la expresión, el pobre control de la expresión y la expresión no normativa, están asociados a esfuerzos para la regulación emocional y pueden representar esfuerzos entendibles pero que no son óptimos para la regulación emocional. Es probable que la inhibición de la expresión emocional conduzca a los problemas internalizados, así como la pobre modulación del desarrollo emocional tardío, conduciendo hacia los trastornos de la conducta disruptiva¹⁴.

En los niños diagnosticados con un trastorno psicopatológico están presentes errores en el procesamiento de la información. Se ha observado que los niños que tienen un “trastorno”, atribuyen emociones negativas a las situaciones, enjuician las situaciones como si no tuvieran un contenido emocional, y aumentan el rango de las intensidades de las emociones atribuidas^{13, 14}.

Los niños agrupados por psicopatología demuestran un limitado entendimiento de la regulación emocional así como de afrontamiento. Los niños con un trastorno muestran fallas en la explicación de las reglas contextuales o en notar las estrategias de control emocional comparados con sus pares. Los niños con psicopatología expresan creencias irracionales sobre la regulación emocional, o se señalan como incapaces de modificar las emociones. Reconocen las causas de la emoción pero cuentan con un reconocimiento limitado de las estrategias de regulación¹³.

Regulación emocional y ansiedad

En el análisis conceptual, el miedo o la ansiedad están definidos como las respuestas defensivas del organismo para motivar la detección, el escape y la evitación de las posibles fuentes de daño. Aunque la desregulación emocional no es específica de los trastornos de ansiedad, existen ciertos patrones de activación emocional y manejo ineficiente de la emoción que se asocia a los trastornos de ansiedad en los niños²⁶.

Los niños con trastornos de ansiedad exhiben menor entendimiento de la regulación emocional, pero entendimiento equivalente de las señales de las emociones y de las múltiples emociones. Muestran dificultades en el entendimiento de emociones abstractas¹⁹.

El circuito del sistema del miedo se ha asociado con cambios en la percepción de la amenaza social. En un estudio realizado por Guyer en 2008, se encontró que los adolescentes con Trastornos de Ansiedad cuentan con una mayor activación de la amígdala y la región de la corteza ventral prefrontal, sobre los individuos no ansiosos, cuando se encontraban en evaluaciones sociales no deseadas⁴⁸. El tono vagal, una medición del balance en el sistema autónomo, es otro marcador asociado a déficits en la regulación emocional y en el manejo de las situaciones de activación emocional⁴⁹. Por ello se propone que los individuos con ansiedad muestran una hiperactivación o un aumento de las respuestas fisiológicas a los estímulos emocionales. Las interacciones entre los factores neurobiológicos, temperamentales, cognitivos y del ambiente nos ayudan en entender que modifica las vulnerabilidad de los niños en el desarrollo de un T. de Ansiedad^{19, 26}.

La tendencia de responder de forma particular a las situaciones del ambiente y a los retos al parecer es temperamental. El temperamento de tipo inhibición de la conducta está identificado como factor de riesgo en el desarrollo de los trastornos de ansiedad en el niño. En los infantes este tipo de temperamento, involucra las conductas de evitación y la reticencia al acercamiento a personas nuevas, lugares o situaciones sin embargo hay una continuidad heterotípica en el trayecto del desarrollo del niño. Se ha propuesto que los factores de riesgo para la ansiedad, como el temperamento temprano, pueden ser moderados por los factores de paternalidad con el tiempo. El sobre control y el contexto familiar negativo excluyen a los jóvenes de desarrollar un repertorio efectivo de estrategias de regulación emocional y de la auto-eficacia necesaria para alcanzarlas^{26,45}.

Como se había mencionado previamente, el desarrollo emocional se relaciona, o es paralelo, al desarrollo cognitivo, de ésta forma los niños pueden entender sus propias emociones y las de los demás. Los niños ansiosos atienden más la información amenazante y experimentan un aumento en la sensibilidad a las emociones negativas, comparándolos con sus pares. Los niños evalúan los estímulos ambiguos como temerosos, son vulnerables a experiencias frecuentes e intensas de emoción negativa y temor³⁶. Existen dificultades en los procesos atencionales, y hay una tendencia a mantener la atención hacia el estímulo amenazante afectando el proceso de información del niño²⁶.

Los niños ansiosos se involucran menos en las estrategias de resolución de problemas cuando manejan sus emociones, sobre los otros niños sin ansiedad. Los niños ansiosos reportan mayor uso de la evitación y las conductas de búsqueda de ayuda. La supresión conductual no necesariamente reduce el afecto negativo, tiende a aumentar la activación y el miedo. La supresión conductual lleva hacia el aumento de la reactividad fisiológica, pero no influye en el reporte del afecto negativo³⁵. Por otro lado la re-evaluación aparentemente es efectiva en reducir el afecto negativo y el miedo. Sin embargo en los trastornos de ansiedad existe menor re-evaluación efectiva. Hay un menor uso de la solución centrada en los problemas²¹.

Regulación emocional y trastornos de ansiedad

Epidemiología de los trastornos de ansiedad

Las estimaciones de prevalencia de la ansiedad infantil han sido algo variable entre los diferentes estudios y países debido a diversos factores, entre ellos las variaciones en los criterios diagnósticos, los instrumentos de evaluación y la forma de selección de la muestra. Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos de aparición más temprana y en la mayoría de los casos comienzan entre la segunda infancia y la adolescencia media. En general, alrededor de 5% de los niños y adolescentes cumplen con los criterios para trastorno de ansiedad durante un período de tiempo determinado en la población occidental. En la mayoría de los estudios la prevalencia es más alta para la fobia específica, y moderada para la ansiedad por separación, ansiedad generalizada y fobia social. Se registran tasas considerablemente más bajas para el trastorno obsesivo compulsivo, y para el trastorno de estrés postraumático se registran tasas aún más bajas. En población general los Trastornos de Ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres, se estima que alrededor de 1.5 a 2 veces más las mujeres que hombres²².

En niños y adolescentes, ocurren en el 5 al 18%²². Anderson y colaboradores 1987, reportan prevalencias en población general de 3.5% para trastorno de ansiedad por separación, 2.9% para trastorno de ansiedad generalizada, 2.4% para fobia simple y 1.0% para fobia social²³. Regularmente los trastornos del espectro de ansiedad se presentan comórbidas con otra patología psiquiátrica, en casi la mitad de los casos con trastornos de

ansiedad a lo largo de la vida, se encuentran poblaciones que cuentan con criterios para dos o más de estos trastornos⁵².

Las estimaciones de edad promedio de inicio para los diferentes trastornos son los siguientes: Fobias Específica (FE), primera infancia (alrededor de 6-7 años), Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS), primera a segunda infancia (alrededor de 7-8 años), Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), hacia el final de la infancia (alrededor de 10-12 años), Fobia Social (FS), adolescencia temprana (alrededor de 11-13 años), Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), adolescencia media (alrededor de 11-15 años), Trastorno de Pánico (TP), adultez temprana (alrededor de 22-24 años)⁵¹.

Los trastornos individuales más frecuentes son la fobia específica (26.2%), y fobia social (12.4), en adolescentes del sexo femenino y fobia específica de 15.6% y fobia social (10.0%) en adolescentes varones⁵⁶.

La prevalencia de FE reportada varía, en población general la tasa de prevalencia anual es alrededor de 9%, mientras que la prevalencia a lo largo de la vida se reporta de 10 a 11.3%. La FE en encuestas más recientes sugieren una prevalencia de 5 a 10% en niños y adolescentes⁵².

En Fobia Social su prevalencia es de 3 al 13% se presenta igual de frecuencia por sexos, haciéndola la segunda más prevalente en niños y adolescentes⁵².

TAS es un problema común, se presenta en 2 a 4% de los niños y es el trastorno de ansiedad más común en niños menores de 6 años, hay un ligero predominio que se presente en niñas. El trastorno se puede presentar en cualquier momento del desarrollo, aunque es más frecuente que aparezca en sus primeras manifestaciones en la edad preescolar o escolar y más raro es su inicio en la adolescencia.

Con el paso del tiempo, la ansiedad en relación a las separaciones puede ser reemplazada por síntomas propios de TAG.

TAG en términos generales, 3% de los niños sufren este padecimiento, las cifras son más altas en la adolescencia. Puede haber mayor frecuencia en niñas. Presenta comorbilidad con TAS, fobias y depresión⁵².

TOC este trastorno afecta de 1 a 3% de la población de niños y adolescentes, es de las más frecuentes. El inicio de la enfermedad en los hombres es más temprano (edad de 6 a

15 años) y en mujeres es después (20 a 29 años)⁵². De un tercio a la mitad de los adultos con este trastornos presentaron los primeros síntomas en los años preescolares⁵⁵.

EL Trastorno de Angustia o T. de Panico (TP) tienen una prevalencia aproximada de 2% de la población y es más común en las mujeres. Se diagnostica dos veces más frecuente sin agorafobia en mujeres, y 3 a 1 con agorafobia. TP la edad se presenta con mayor frecuencia es entre 15 a 19 años, predomina más en mujeres⁵².

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) tiene una prevalencia de 1% en la población general, con predominio en las mujeres, sin embargo la prevalencia es más alta en adultos jóvenes, hasta 9.6%. Es más común que se presente en adultos jóvenes⁵².

Agorafobia, aproximadamente del 1.5 al 3.5% de la población padece este tipo de trastorno. La mayor parte de los afectados son mujeres.

La frecuencia de presentación de los trastornos de ansiedad en los últimos cinco años en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro se muestran tomando en cuenta los años 2003 a 2007 (Tabla 2).

Existen estudios de factores analíticos sobre los trastornos mentales comunes consistentemente documentan la separación de factores internalizados y externalizados. Los trastornos de ansiedad y del afecto tienen mayor carga para el factor de la dimensión internalizada. Los trastornos internalizados se pueden dividir en dimensiones secundarias que distinguen entre el miedo (pánico, fobia) y los trastornos del distress (depresión, distimia, Trastornos de Ansiedad Generalizada y Fobia Social)⁵³. En el estudio realizado por Kendall, Brady y Verduin, en el 2001, reportan una gran comorbilidad entre los trastornos de ansiedad, y que en el caso de la mayoría de los niños que se presentan para tratamiento de un trastorno de ansiedad primaria, el 79% contaba con al menos un diagnóstico comórbido. Dentro de los cuales los diagnósticos adicionales fueron otros trastornos de ansiedad secundarios incluyendo TAG, Fobia Simple, Fobia Social y Trastorno de Ansiedad por Separación, y que la comorbilidad se asociaba a una mayor severidad de síntomas internalizados, mayor persistencia en las dificultades y una mayor búsqueda para la búsqueda del tratamiento⁵⁴.

Tabla 2. Frecuencia de Trastornos de Ansiedad

Frecuencia de Trastornos de Ansiedad		
Trastornos	Frecuencia	Porcentaje
Trastorno de Pánico	904	4.67%
Trastorno de Pánico sin agorafobia	84	0.43
Trastorno de Ansiedad Generalizada	357	1.84
Trastorno Mixto ansioso depresivo	372	1.92
Otro trastorno mixto de ansiedad	8	0.04
Trastorno de Ansiedad Inducido por sustancias	22	0.11
Trastorno de Ansiedad no especificado.	61	0.31

Fuente: Guía Clínica del diagnóstico y manejo de los Trastornos de Ansiedad.

Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N Navarro".

La desregulación emocional es una característica importante en los trastornos de ansiedad. Los niños con trastornos de ansiedad tienen expresiones desreguladas de temor, tristeza y enojo. Afrontan menos el enojo y las preocupaciones, cuentan con mayor afrontamiento sobre la tristeza. Algunos estudios reportan que los niños ansiosos tienen menor *autoeficacia* (creencias individuales sobre la confianza en la propia competencia para ejecutar exitosamente las conductas que producen o regulan los eventos) en múltiples dominios. La menor autoeficacia resulta en un aumento en las dudas en contar con la habilidad de controlar las experiencias y las respuestas emocionales en las situaciones activantes. Los estudios de las creencias de control en la ansiedad refieren que los niños y adolescentes diagnosticados con trastornos de ansiedad tienen significativamente menor habilidad percibida para el control de la ansiedad y hay un aumento de la experiencia emocional negativa, además las madres los reportan con mayor inflexibilidad emocional^{20,21,26,35,36}.

En resumen, la focalización en el estímulo amenazante, el aumento de la activación, la menor *auto-eficacia* y la menor resolución de problemas llevan al niño con trastorno de ansiedad a evitar o darse por vencidos en las situaciones emocionalmente complicadas, y refuerzan los pensamientos sobre las habilidades de manejar situaciones emocionales complicadas futuras⁵⁰.

Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)

El TAG se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos 6 meses²⁴. De acuerdo al modelo de desregulación emocional, los TAG están marcados por experimentar emociones rápidamente, fácilmente y con gran intensidad. Esta reactividad hace que las emociones sean difíciles de regular y después se complican con la dificultad en identificar y entender las emociones, en el TAG. Existen hallazgos encontrados con déficits en la claridad emocional, la aceptación de las emociones, la habilidad para emplear las conductas dirigidas hacia un objetivo y las habilidades para controlar las conductas impulsivas en el distress. Por otro lado, Decker, Turk, Hess y Murray en 2008, encontraron que los sujetos con TAG consideran que cuentan con menor habilidad para identificar las emociones. Se considera que la preocupación característica del trastorno de ansiedad generalizado es un proceso cognitivo que interfiere con la expresión completa de las emociones. Las muestras clínicas con TAG exhiben dificultades en entender las emociones, en la reactividad negativa de las emociones y una falta de habilidad para auto calmarse cuando se experimenta una emoción negativa en comparación con los controles sanos^{36, 37}.

Trastorno de Angustia o Trastorno de Pánico (TP)

Los ataques de pánico generalmente se refieren como períodos discretos de tiempo cuando los individuos experimentan miedo intenso o disconfort. Los síntomas incluyen taquicardia, sudoración, náusea, disnea, y mareo mientras se presentan pensamientos catastróficos que acompañan a estos síntomas, miedos como perder la razón o morir. El trastorno de angustia, ocurre cuando los individuos experimentan ataques de pánico inesperados y se encuentran preocupados sobre futuros ataques de pánico y/o se evitan situaciones actividades que se cree puede llevar hacia un ataque de pánico²³. La regulación emocional mal adaptativa también está implicada en los trastornos de pánico. El miedo a las sensaciones corporales predice la evitación de la experiencia, la no aceptación emocional, y la falta de claridad emocional, en pacientes con historia reciente de ataques de pánico. Los participantes con historia reciente de ataques de pánico utilizan la evitación emocional como estrategia de regulación emocional en la exposición a

fuentes estimulantes de emoción positiva o negativa. La sensibilidad a la ansiedad está identificada como un factor central en el desarrollo del trastorno de pánico así como en el trastorno por separación¹⁹. Los niños y adolescentes con trastorno de pánico tuvieron menor eficacia en afrontar las emociones intensas, con dudas sobre su habilidad para manejar esas emociones intensas y por ello evitar actividades que pueden desencadenar los ataques o las situaciones en donde se experimentaron los ataques de pánico. Los niños con trastorno de pánico se sienten más seguros o menos ansiosos cuando un cuidador está presente y sienten que pueden afrontar mejor²⁴. La no aceptación de las emociones y el acceso limitado a las estrategias de regulación moderaron el efecto de la sensibilidad a la ansiedad en la activación a la ansiedad, el miedo y las cogniciones agorafóbicas.

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

El TEPT se caracteriza por la re experimentación de acontecimiento altamente traumático, síntomas debidos al aumento de activación (arousal) y comportamientos de evitación de los estímulos relacionados con el trauma²². La regulación emocional también está involucrada en la recuperación del estrés postraumático. La supresión de la expresión está asociada a los síntomas de estrés postraumático. Weiss, Lavender y Gratz en el 2013, encontraron que el abuso infantil interfiere con el desarrollo adaptativo de las técnicas de regulación emocional, generando dificultades en el reconocimiento y entendimiento de las emociones.

Ehring y Quack en 2010, realizando un estudio comparativo de niveles de síntomas de TEPT, refieren que los sobrevivientes de trauma interpersonal temprano sufren alteraciones en la regulación emocional. Tienen menor claridad y conciencia de las emociones, niveles bajos de aceptación de emociones negativas, niveles de evitación experiencial y altos niveles de supresión, fallas en involucrarse con conductas dirigidas a metas con estrés y altos niveles de dificultades en el control de impulsos así como fallas en el uso de estrategias de regulación emocional^{39,40}.

La severidad de los síntomas están asociados a la falta de aceptación emocional, a la dificultad en involucrarse en conductas dirigidas a un objetivo cuando hay enojo,

dificultades en el control de impulsos, el acceso limitado de estrategias de regulación emocional y falta de claridad emocional.

Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

El TOC se caracteriza por obsesiones (que causan ansiedad y malestar significativo) y/o compulsiones (cuyo propósito es neutralizar la ansiedad)²³. Existen escasos reportes de regulación emocional y TOC, la regulación emocional interactúa con la propensión del disgusto que predice la contaminación y el miedo²¹. Los jóvenes caracterizados por estar desregulados experimentan una presentación de la enfermedad más severa, relacionándose con más síntomas y más frecuentes, y otras comorbilidades, con mayores dificultades en la funcionalidad escolar, y en las relaciones con pares. Con respecto a las compulsiones los jóvenes con mayor desregulación manifiestan mayor carga de irritabilidad secundaria a la imposibilidad de controlar las compulsiones²⁸.

En una muestra de 170 jóvenes, por autoreportes, se encontró que el distress de los síntomas estuvo significativamente relacionado con un menor conocimiento sobre las emociones o un miedo a las emociones tanto positivas como negativas. Menin en 2005, refiere que una pobre regulación emocional está asociada con un aumento de los esfuerzos repetitivos de evadir las experiencias emocionales (como la preocupación, rumiación, y pensamientos de supresión).

Calkins, Berman y Wilhem en 2013, describen el modelo de la regulación emocional para describir que el mantenimiento de las compulsiones. Relatan que los pensamientos intrusivos tienen una valencia negativa y tienen consecuencias que forman un ciclo aversivo mediante la atención prestada a los pensamientos estresantes y a las emociones asociadas. Este ciclo genera una menor confianza en la propia habilidad para regular el estrés y genera estrategias mal adaptativas. Las compulsiones pueden entenderse como una forma de suprimir o evitar la experimentación de las emociones negativas⁴⁰. Stern en el 2014, especula que la motivación para evitar las emociones podrían subyacer al TOC, así las compulsiones pueden ser usadas para reducir el estrés emocional generado por los pensamientos intrusivos que son percibidos como incontrolables⁴³.

Fobia Social (FS)

La FS se caracteriza por la presencia de ansiedad clínicamente significativa como respuesta a ciertas situaciones sociales o actuaciones en público del propio individuo, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación²⁴. Las personas con estos trastornos focalizan su atención en la activación fisiológica y en las cogniciones catastróficas en lugar de focalizar en las señales sutiles e importantes de la interacción con compañeros²⁰. La ansiedad social y la supresión de la expresión interactúan para predecir menor emoción positiva y menores eventos positivos²³. Evitan atender a las expresiones fáciles negativas, especialmente de miedo o enojo, y ajustan su conducta para complacer a otros, limitando la retroalimentación negativa²⁴.

Se necesitan más estudios para el caso de la Fobia Específica; en el cual también se asocia con respuestas automáticas emocionales que predisponen a la evitación, estudiada solo en población adulta²⁶. Tampoco hay grandes estudios para trastornos de ansiedad específica y trastorno de estrés agudo.

IV. JUSTIFICACIÓN

La regulación emocional se desarrolla a lo largo de la vida del individuo, por lo que se ha estudiado en los niños, para conocer los factores biológicos que están involucrados, así como los factores psicológicos y sociales que se van involucrando e interactuando con el paso del tiempo. En el caso de la psicopatología infantil, tanto en trastornos internalizados; como depresión y ansiedad, como en los externalizados; TDAH y T. de conducta, es frecuente el uso de estrategias de regulación emocional mal adaptativas. Por ello es importante conocer los factores de regulación emocional que intervienen en el desarrollo de la psicopatología. Se reconoce que en el caso de los trastornos de ansiedad, existe una gran activación emocional y las estrategias de regulación emocional empleadas contribuyen para una mayor intensidad de los síntomas, así como menor adaptación psicosocial. En México, resulta importante el estudio de regulación emocional en trastornos de ansiedad porque no se ha realizado con anterioridad, y tiene un rol central la descripción de los perfiles de regulación emocional en estos trastornos. Para ello se requiere un instrumento que cuente con una evaluación psicométrica adecuada

para los niños y adolescentes, en español y que se haya aplicado en México, además que presente adecuada validez y confiabilidad, como es el ERICA.

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad los trastornos de ansiedad generan disfunción en el rendimiento social, académico e individual de los niños y adolescentes a nivel mundial. Un componente esencial es la regulación emocional, esta permite el ajuste global, sin embargo a partir de las dificultades en la regulación emocional puede existir el mantenimiento o el aumento de los síntomas psicopatológicos y por ello se considera importante conocer cuáles son los factores involucrados en la regulación emocional de estos trastornos.

No contamos con datos en niños ni adolescentes mexicanos con trastornos de ansiedad sobre las características que poseen en cuanto a la regulación emocional. El Índice de Regulación Emocional de Niños y Adolescentes ERICA es un instrumento que nos permite establecer cómo se encuentra la regulación emocional teniendo en cuenta los factores implicados como el control emocional, la auto conciencia emocional y las respuestas situaciones, por lo que se desea aplicar dicha escala para responder a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son las características de regulación emocional presentes en niños de 6 a 12 años de edad con trastornos de ansiedad que acuden a escuelas públicas de la zona poniente de la Ciudad de México?

VI. HIPÓTESIS

- H0: Las características de la regulación emocional de niños escolares de 6-12 años de edad que acuden a escuelas públicas de la zona poniente de la Ciudad de México, con trastornos de ansiedad son iguales a los niños que no presentan dichos trastornos. Los niños escolares mexicanos de la zona poniente de la Ciudad de México con Trastornos de Ansiedad no presentan diferencias en los puntajes del Índice ERICA (Emotion Regulation Index in Child and Adolescent).
- H1: Las características de la regulación emocional de niños escolares de 6-12 años de edad que acuden a escuelas públicas de la zona poniente de la Ciudad de México, con trastornos de ansiedad son diferentes a los niños que no presentan dichos trastornos. Los niños escolares mexicanos de la zona poniente de la Ciudad

de México con Trastornos de Ansiedad presentan diferentes puntajes en el Índice ERICA (Emotion Regulation Index in Child and Adolescent).

VII. OBJETIVOS

A. General.

Identificar las características en la regulación emocional en niños escolares de 6-12 años de edad que acuden a escuelas públicas de la zona poniente de la Ciudad de México y conocer estas características en niños que cuentan con trastornos de ansiedad y compararlos con los niños que no presentan dichos trastornos.

B. Específicos

1. Describir los datos sociodemográficos de la muestra.
2. Describir la regulación emocional de niños escolares de 6-12 años de edad que acuden a escuelas públicas de la zona poniente de la Ciudad de México.
3. Evaluar a través de la MINI-KID la presencia de Trastornos psiquiátricos.
4. Identificar el grupo de niños con trastornos de ansiedad.
5. Identificar al grupo de niños sin trastornos de ansiedad.
6. Identificar al grupo de niños que no presentan ningún trastorno psiquiátrico.
7. Determinar el número de trastornos de ansiedad comórbidos en el grupo de niños que cumple con algún de los trastornos del grupo de ansiedad.
8. Comparar la regulación emocional que presentan los niños con trastornos de ansiedad en comparación con los que no presentan ningún trastorno.
9. Comparar la regulación emocional en niños con un trastorno de ansiedad en comparación con los que presentan más de un trastorno.

VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

A. Diseño.

Exploratorio, transversal y comparativo

B. Población.

Población de las tres escuelas.

C. Muestra.

Niños de 6 a 12 años de edad, inscritos en las escuelas “Adolfo Ruíz Cortínez”, “Josefina Solís Gudiño” y “Carlos Alvarado Lang”, que se encuentran en la zona poniente de la Ciudad de México. De los 1302 niños inscritos a las escuelas se evaluó a 189 que aceptaron la participación y cumplían con los criterios establecidos, de los cuales 104 resultaron con algún TA y 85 sin TA; en este último grupo 40 no contaba con ningún trastorno.

D. Variables.

Tabla 3. Definición de Variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medida
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Número de años que tiene el niño al momento de la aplicación de la encuesta.	Independiente Continua	Años de edad: 6 a 12
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujeres y hombres	a) Hombre b) Mujeres	Independiente Nominal Dicotómica	Hombre Mujer
Escolaridad del menor	Grado que cursa el menor en la institución.	Primer a Sexto grado escolar	Independiente Ordinal	Grado escolar: 1° a 6°
Trastornos de Ansiedad	Conjunto de trastornos en los cuales predomina un estado continuo de ansiedad incluyendo síntomas somáticos <ul style="list-style-type: none">• Trastorno de Angustia• Agorafobia• Trastorno obsesivo compulsivo• Trastorno de estrés postraumático• Trastorno de Ansiedad	Entrevista internacional neuropsiquiátrica para niños y adolescentes, MINI-KID	Independiente Nominal Dicotómica	Presencia/ ausencia

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo	Medida
	de Separación • Fobia específica • Fobia social • Trastorno de Ansiedad Generalizada			
Regulación emocional	Procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar las reacciones emocionales.	Emotion Regulation Index for Children and Adolescents ERICA	Dependiente Continua	Puntaje obtenido en las áreas.
Comorbilidad entre TA	La presencia de dos o más trastornos de ansiedad diferentes en un mismo niño.	Número de trastornos	Continua escalar	Numero de trastornos

E. Criterios.

Criterios de inclusión.

1. Niños y niñas de 6 a 12 años de edad.
2. Que contaron con los diagnósticos de Trastorno de Ansiedad de Separación, Fobia Específica, Fobia Social, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Pánico, Agorafobia, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno de Estrés Postraumático.
3. Que supieran leer y escribir de forma automatizada, aplicable solo para los participantes mayores de 8 años de edad.

Criterios de exclusión.

1. Que presentaron comorbilidad con patología con síntomas psicóticos.

Criterios de eliminación.

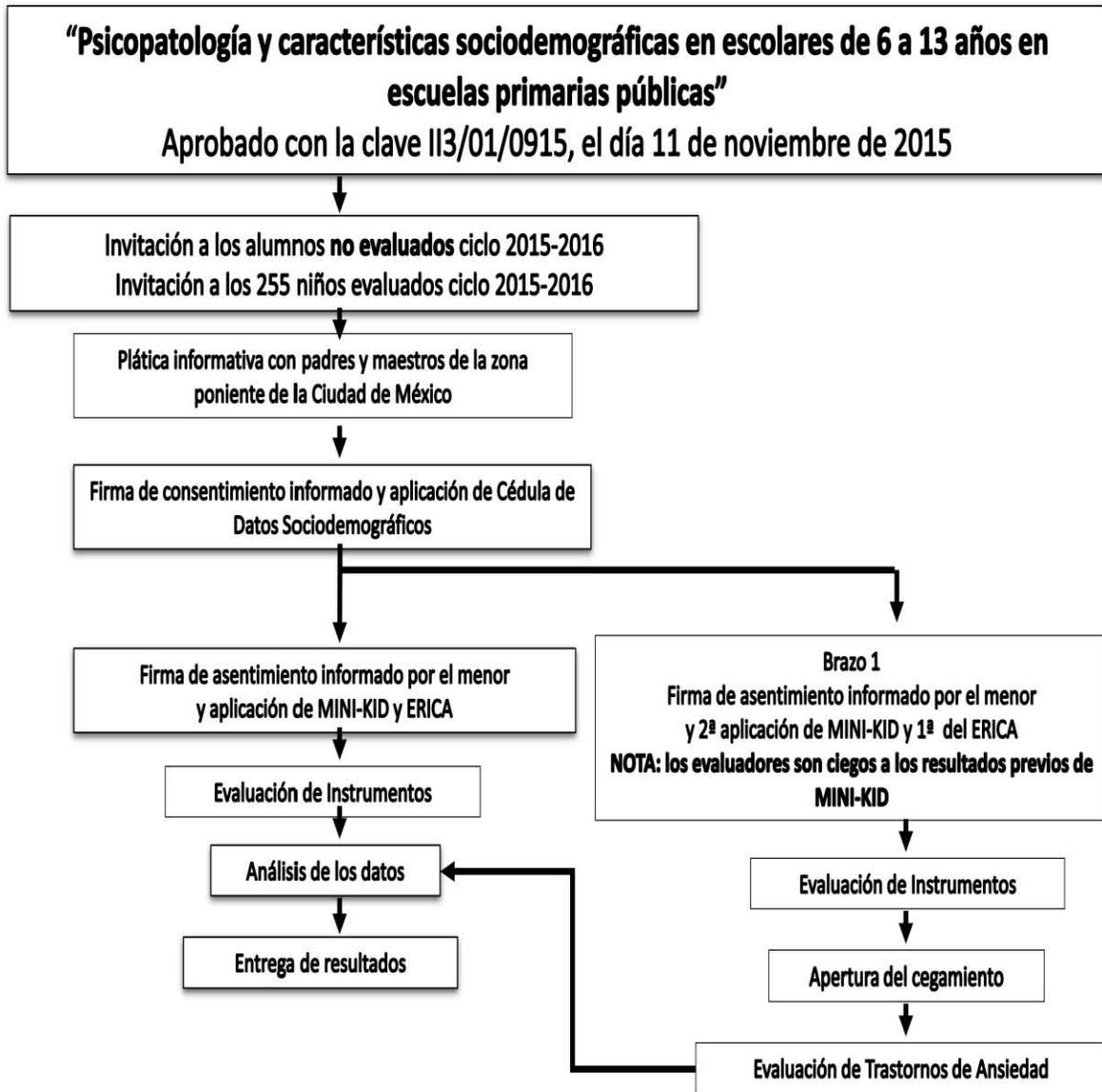
1. Aplicación incompleta de los instrumentos de evaluación.

F. Procedimiento.

Este proyecto se derivó del macroproyecto **“Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 a 13 años en escuelas primarias públicas”** el cual fue aprobado con la clave II3/01/0915, el día 11 de noviembre de 2015 por el Comité de Investigación (ver anexo 1) por el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”. El presente proyecto obtuvo el registro, por el Comité de Investigación, el día 5 de diciembre del 2016 con el Oficio: DI/CI/968/1216 (ver anexo 2), como DERIVADO.

En el primer macroproyecto se evaluaron a un total de 255 niños de 6 a 13 años de edad con los siguientes instrumentos: MINI-KID (ver anexo 3) y cédula de recolección de datos sociodemográficos (ver anexo 4) con los que se obtuvo como resultado la evaluación y diagnóstico de dichos participantes. En el caso del presente estudio se llevó a cabo la aplicación de MINI-KID y la escala autoaplicable ERICA a los participantes (ver anexo 5). Asimismo implicó el incluir a los alumnos de reciente ingreso a las primarias y se les invitó a participar a los que no fueron evaluados. Se realizó una plática informativa a los padres y maestros de las escuelas primarias públicas de la zona poniente de la Ciudad de México, donde se les explicó el proyecto, se les dijo que no tenía riesgo así como los beneficios de la participación en la investigación. Posteriormente se entregó a los padres de los participantes los consentimientos informados para su firma (ver anexo 6) y a los participantes los asentimientos informados (ver anexo 7) para su firma de igual forma. Se les agendó un día y hora para la realización de las entrevistas. Al acudir a la entrevista, se les aplicó a los participantes la MINI-KID y la escala autoaplicable ERICA, en el lugar que la escuela designó para dicha actividad. A los participantes de 6 a 8 años de edad, se les leyó y aclaró la escala ERICA para su aplicación. Se estimó que la sesión contaba con una duración aproximada de 1hr a 1:30 hrs. Ver ANEXOS 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7.

Figura 1. Procedimiento.



G. Cronograma.

Tabla 4. Cronograma de actividades.

Actividad	Mayo 2016	Junio 2016	Agosto 2016	Septiembre 2016	Octubre 2016	Noviembre 2016	Diciembre 2016	Enero 2017	Febrero 2017	Marzo 2017	Junio 2017
Elaboración de Protocolo	■										
Aprobación por Comités		■	■	■	■	■					
Recolección de la muestra						■	■	■			
Análisis de resultados									■	■	
Elaboración de informe final										■	■
Entrega de resultados											■

H. Instrumentos.

Mini entrevista internacional neuropsiquiátrica para niños y adolescentes, MINI-KID. (Anexo 3).

Instrumento estandarizado, consistente en una entrevista estructurada para diagnosticar de manera confiable problemas psiquiátricos en niños. Está basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV y el CIE-10^{34, 38}. Está compuesta por 25 módulos identificados por letras, cada uno de los cuales corresponde a una categoría diagnóstica del eje I. Se aplica a los niños a partir de los 6 años. La concordancia Kappa inter-evaluadores es superior a 0.8 para depresión, manía/ hipomanía, trastorno por estrés postraumático y esquizofrenia⁴⁶. En la presente investigación la MINI-KID se usará para construir la variable de criterio, de manera categórica. Los datos de validación del instrumento original señalan que, al comparar con los resultados de una entrevista realizada por un psiquiatra, posee una sensibilidad de 0.86, una especificidad de 0.84, un valor predictivo de casos positivos de 0.75, y un valor predictivo de casos negativos de 0.92. Validada al español por Ferrando y colaboradores, con una confiabilidad inter-evaluador de 0.9 a 1 y la temporal de 0.6 a 0.75, la validez concurrente con entrevista clínica fue del 0.35 al 0.5⁴⁸.

Cédula de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 4).

Instrumento creado por la investigadora principal para estudios previos, los datos que se recaban son edad del paciente, grado escolar, sexo, características de la vivienda, integrantes de la familia con los que cohabita, números de hermanos, escolaridad de los padres, ocupación de los padres, uso de servicios y antecedentes heredofamiliares psiquiátricos. Tales datos son los indicadores de mayor frecuencia empleados por el INEGI, como variables de descripción sociodemográfica y al cual se ha aunado por los investigadores de este proyecto, la solicitud de los datos sobre uso de servicios y de antecedentes heredofamiliares psiquiátricos, ya que este dato se ha considerado de valor

ERICA, Emotion Regulation Index for Children and Adolescents. (Anexo 5).

El Índice ERICA es una revisión de Biesecker del self-report Emotion Regulation Checklist for Adolescents (ERICA). Este cuestionario fue sometido a revisión debido a sus fundamentos teóricos tan sólidos y a sus propiedades psicométricas. A partir de este instrumento se desarrolla el cuestionario Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA), para poder evaluar tanto niños como adolescentes, reduciendo en número de reactivos y dividiéndolos en los grupos ejemplificados en la tabla⁴².

Es un instrumento que fue validado en niños mexicanos, por Arellano en 2013 con un alfa de Cronbach de 0.80 y 0.83, por lo que se encuentra que la ERICA presenta una adecuada traducción con buenas propiedades psicométricas, por lo que puede ser empleado en adolescentes mexicanos⁴⁷.

Tabla 5. Reactivos de la Escala ERICA en español.

Área a evaluar	Número	Reactivo
Control emocional	12	Me cuesta trabajo ser paciente cuando se trata de esperar para obtener algo que quiero.
	10	Me molesta cuando un adulto me dice lo que puedo y lo que no puedo hacer.
	14	Hago cosas sin pensar.
	5	Cuando las cosas no salen como yo esperaba, me irrito fácilmente.

Área a evaluar	Número	Reactivo
	7	Tengo arranques de ira.
	16	Me gusta meterme donde no me llaman y molestar a los demás.
	9	A veces puedo ser muy latoso.
Autoconciencia emocional	11	Soy una persona triste.
	1	Soy una persona feliz.
	4	Cuando me molesto, me calmo rápidamente.
	13	Soy callado y tímido y por lo general no demuestro mis sentimientos.
	3	Cuando las cosas cambian o tengo que intentar algo diferente mi reacción es adecuada.
Respuesta situacional	6	Cuando otros niños son amigables conmigo, yo también soy amigable con ellos.
	8	Disfruto cuando otra persona se lastima o está triste.
	2	Cuando los adultos son amigables conmigo, yo también son amigable con ellos.
	15	Cuando alguien está triste me preocupo por esa persona.

Fuente: Arellano V, Jaimes A y Ortiz S. Características psicométricas y confiabilidad del Índice de Regulación Emocional en Niños y Adolescentes "ERICA" (Emotion Regulation Index in Child and Adolescent) y regulación emocional en adolescentes de 12 a 16 años con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de un Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México. Tesis para obtener el grado de Psiquiatra Infantil y de la adolescencia. UNAM. 2013

I. Análisis Estadístico.

Se utilizaron medidas de tendencia central en las variables sociodemográficas con la finalidad de describir a la muestra.

Se realizó el análisis de comparación de medias de los puntajes de las sub-escalas del instrumento de regulación emocional entre los grupos generados en los niños con TA y los que no presentaban dichos trastornos a través de la prueba T de Student para muestras independientes. Para comparar la regulación emocional entre la comorbilidad presente en los niños se realizó una ANOVA.

J. Consideraciones Éticas.

Durante la realización de este estudio se tomarán en cuenta los principios de la bioética: Beneficencia: ante todo se busca el brindar un beneficio a los participantes, por lo que al realizarles las escalas de acorta el tiempo entre el diagnóstico y un tratamiento adecuado. Recibieran un reporte por escrito de los resultados obtenidos en la MINI-KID. Por lo que serán canalizados a una institución para que puedan recibir atención la cual sea cercana a domicilio. No maleficencia: En ningún momento será perjudicado paciente alguno, ya que no implica ninguna manipulación que le ponga en riesgo. Autonomía: todos los participantes, así como sus padres son libres de decidir si participan o abandonan el estudio en el momento que lo deseen. Justicia: Todos los interesados pueden ingresar al estudio, siempre y cuando firmen el consentimiento y el asentamiento informado.

En cuanto al riesgo de la investigación de acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación publicado en el **Diario Oficial de la Federación** el cuatro de agosto de 1992, se considera una investigación de Riesgo Mínimo.

Este proyecto, se deriva del proyecto general titulado “Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 a 13 años en escuelas primarias públicas”, el cual fue evaluado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N Navarro” y aprobado con 11 de febrero del 2016 (ver anexo 8). En el caso del presente proyecto DERIVADO fue aprobado, el día 18 de mayo del 2017, con el No. De Oficio 15 (ver anexo 9). Además para iniciar el proyecto el investigador principal obtuvo, por parte de la Oficina para las Investigaciones Extraintitucionales de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) la certificación en el curso de capacitación “Protección de los participantes humanos de la investigación”, a través de Internet, con el No. Certificación 35622, el día 31 de mayo de 2016 (ver anexo 10). Ver ANEXOS 8, 9 y 10.

IX. RESULTADOS

Datos socio demográficos de la muestra.

La muestra total contó con 189, 77 fueron mujeres (40.74%) y 112 fueron hombres (59.26%); 72 alumnos se encontraron en el primer grado (38.1%), 27 alumnos en el segundo grado (14.29%), 24 alumnos del tercer grado (12.7%), 25 alumnos del cuarto

grado (13.22%), 26 alumnos del quinto grado (13.75%) y 15 alumnos en el sexto grado (7.94%). Se realizaron las evaluaciones en tres escuelas de la región poniente de la Ciudad de México, en la escuela “Adolfo Ruíz Cortínez” se evaluaron a 32 niños, el 16.94 % de la muestra, en la escuela “Josefina Solís Gudiño” se encontraron 55 niños, el 29.10% de la muestra y en la escuela “Carlos Alvarado Lang” el total fue de 102, el 53.96% de la muestra.

En el caso de los niños con Trastornos de Ansiedad la distribución por sexo fue de 43 mujeres (41%) y 62 hombres (59%), de acuerdo a la Tabla 6. De acuerdo a la distribución por grado del total de niños con Trastornos de Ansiedad, 41 niños se encontraban cursando el 1° grado (39%), 16 en el 2° grado (15.2%), 14 niños cursando el 3° grado (13.3%), 14 niños cursando el 5° grado (13.3%) y 8 niños cursando el 6° grado (7.6%), de acuerdo a la Tabla 7.

Por edad de los niños que fueron evaluados, y contaban con Trastornos de Ansiedad, se encontró que 1 niño contaba con 5 años (1%), 38 niños contaba con 6 años (36.2%), 14 niños contaba con 7 años (13.3%), 17 niños contaba con 8 años (16.2%), 14 niños contaba con 9 años (13.3%), 11 niños contaba con 10 años (10.5%), 9 niños contaba con 11 años (8.6%) y 1 niño contaba con 12 años (1%), se encuentran los resultados en la Tabla 8.

Tabla 6. Distribución por Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentajes
Mujer	43	41
Hombre	62	59
Total	105	100

Tabla 7. Distribución por Grado

Grado	Frecuencia	Porcentajes
Primero	41	39
Segundo	16	15.2

Grado	Frecuencia	Porcentajes
Tercero	14	13.3
Cuarto	14	13.3
Quinto	12	11.4
Sexto	8	7.6
Total	105	100

Tabla 8. Distribución por Edad de los Trastornos de Ansiedad

Edad	Frecuencia	Porcentajes
5	1	1
6	38	36.2
7	14	13.3
8	17	16.2
9	14	13.3
10	11	10.5
11	9	8.6
12	1	1
Total	105	100

La regulación emocional en los niños escolares de 6 a 12 años de edad que acuden a escuelas primarias de la zona poniente de la Ciudad de México de acuerdo al ERICA; mostró que para la muestra de 189 alumnos, el puntaje de Regulación Emocional Total fue de 57.29 (DE 8.96), y para cada uno de los factores la media del Control Emocional fue de 22.08 (DE 6.321), la media de Autoconciencia fue de 18.15 (DE 3.34) y la media de la Respuesta Situacional fue de 17.06 (DE 2.824).

Ya que las evaluaciones psicométricas del instrumento ERICA se realizaron en una población de 9 a 16 años de edad, y en el presente estudio se realizaron evaluaciones de menor edad se agruparon por edad (entre mayores de 8 años o menores) y se

compararon obteniendo se puntajes en la regulación emocional sin diferencias significativas.

Niños con Trastornos de Ansiedad

Para el presente estudio, a través de la evaluación con la entrevista MINI-KID de la muestra total de 189 niños, 86 niños no contaban con algún trastorno de Ansiedad, incluyendo a 40 niños que no presentaron ningún trastorno psiquiátrico. El total de niños que cumplieron con algún Trastorno de Ansiedad fueron 105, con un media de 7.75 años de edad (DE 1.764).

A partir de esta última muestra 47.6% (n=50) cumplieron criterios de Fobia Específica, 44.8 % (n=47) con criterios de Agorafobia, 34.3% (n=36) con criterios de Ansiedad de Separación, 22.9% (n=24) con criterios de Trastorno de Angustia, 22.9% (n=24) con Fobia Social, 4.8% (n=5) con TAG, 3.8% (n=4) con TOC, y ninguno cumplió con criterios de TEPT.

En el caso de la muestra más de la mitad presentaron comorbilidad con otros Trastornos de Ansiedad, Tabla 9, 52.4% (n=55) presentaron dos o más Trastornos de Ansiedad y el 47.6% (n=50) solo cumplieron con un Trastorno de Ansiedad. De acuerdo al Gráfico 4, 50 niños presentaron solo un Trastorno de Ansiedad, 32 (30.5%) niños contaron con 2, 15 (14.3%) con 3, 6 (5.7%) de los niños contaron con 4 y 2 (1.9%) contaron con 6 Trastornos de Ansiedad.

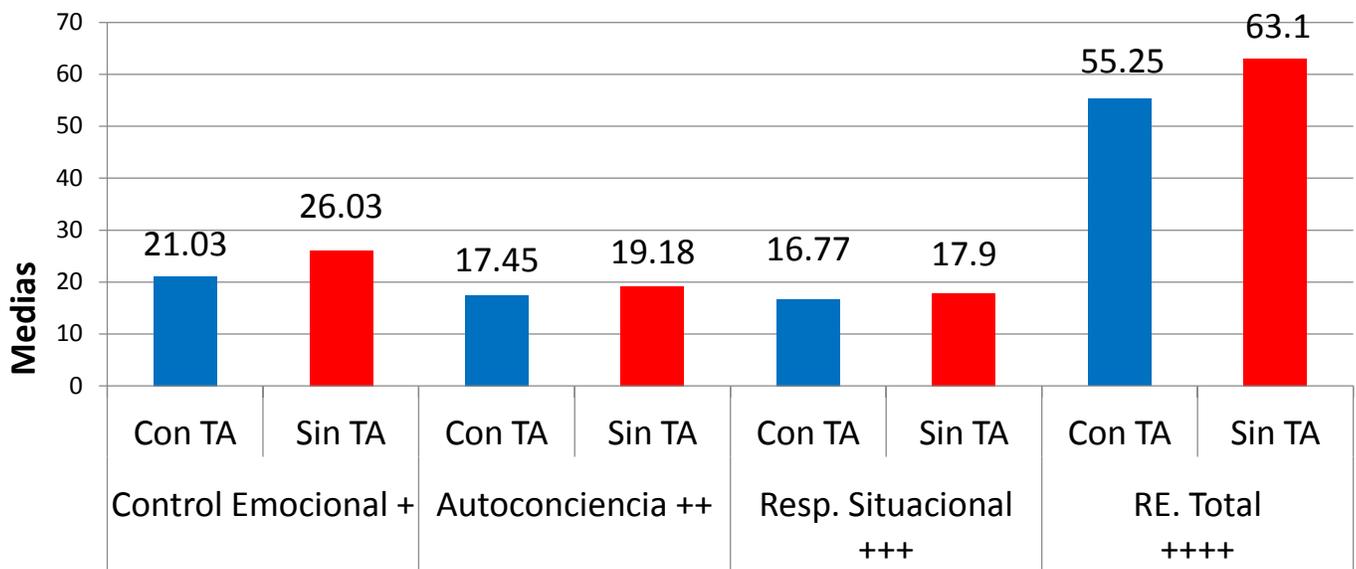
Tabla 9. Distribución por número de Trastornos de Ansiedad

Número de Trastornos	Frecuencia	Porcentajes
1	50	47.6
2	32	30.5
3	15	14.3
4	6	5.7
5	2	1.9
Total	105	100

Regulación emocional entre niños con Trastorno de Ansiedad y niños sin trastorno psiquiátrico.

Se realizó el análisis de comparación de medias de los puntaje total y de las sub-escalas del instrumento de regulación emocional entre los grupos generados en los niños con TA y los que no presentaban dichos trastornos a través de la prueba paramétrica T de Student para muestras independientes. Los resultados demuestran que existen diferencias estadísticamente significativas entre las medias de puntuación del grupo con TA y niños sin un Trastorno Psiquiátrico para la escala de Regulación Emocional total (55.25 vs 63, $t = 5.058$, Sig. 0.000, gL 142), para la sub-escala de Control Emocional (21.30 vs 26.03, $t = 4.632$, Sig.0.000, gL 142) para la sub-escala de Autoconciencia (17.45 vs 19.18, $t = 2.795$, Sig. 0.006, gL 142) para la sub-escala de Respuesta Situacional (16.77 vs 17.9, $t = 2.188$, Sig. 0.030, gL 142). Los resultados se pueden consultar en el Gráfica 1.

Gráfica 1. Medias de Puntajes ERICA



+ $t = 4.632$, Sig. 0.000, gL 142
 ++ $t = 2.795$, Sig. 0.006, gL 142
 +++ $t = 2.188$, Sig. 0.030, gL 142
 ++++ $t = 5.058$, Sig. 0.000, gL 142

Regulación emocional de acuerdo al número de Trastornos de Ansiedad.

Para comparar la regulación emocional entre la cantidad de Trastornos de Ansiedad presente en los niños se realizó una ANOVA. En el Tabla 10, se encuentran las estadísticas descriptivas para los grupos por cantidad de Trastornos de Ansiedad presentes. Posteriormente en el Tabla 11, en donde los niveles de significancia son mayores de 0.05 en todos los casos (Control Emocional 0.306, Autoconciencia 0.320, Respuesta Situacional 0.691 y Regulación Emocional Total 0.595), por lo que se rechaza la H_0 , entonces: las varianzas de los grupos son iguales. De acuerdo al Tabla 12, en el cual se muestran los resultados de la prueba F . Los niveles de significancia encontrados son menores que 0.05 (para dos factores como son Control Emocional 0.040 y Autoconciencia 0.004, y la escala global Regulación Emocional Total 0.002), por lo que para estos factores y para la escala global se rechaza la H_0 , entonces: la regulación emocional (tanto para dos factores como Control Emocional y Autoconciencia, como para el puntaje de Regulación Emocional Total) fue diferente en la medida que existe un trastorno de ansiedad o más de un trastorno de ansiedad. En el caso del factor de Respuesta Situacional (con significancia de 0.361) no fue diferente entre los grupos de las cantidades de Trastorno de Ansiedad. En lo que respecta a la Regulación Emocional, se encontraron diferencias entre la cantidad de Trastornos de Ansiedad presentes; desde un trastorno de ansiedad presente hasta comorbilidad de 5 TA presentes, en el caso de dos factores Control Emocional ($F=2.382$, $gl=5,183$; p menor 0.05) y Autoconciencia ($F=3.599$, $gl=5,183$; p menor 0.05), así como en la Regulación Emocional Total ($F=4.071$, $gl=5,183$; p menor 0.05). Estos resultados se deben a que se encontraron diferencias entre los grupos por cantidad de Trastornos de Ansiedad, sin embargo en el caso de Respuesta Situacional ($F=1.102$, $gl=5,183$; p mayor de 0.05), no se observaron éstas diferencias. Como puede observarse en la Gráfica 2, 3, 4 y 5.

Tabla 10. Regulación Emocional por cantidad de Trastornos de Ansiedad

Áreas ERICA	Cantidad de TA	N	Medias	Desviación Estándar	Error típico	Intervalo de Confianza para la Media al 95%		Mínimo	Máximo
						Límite Inferior	Límite Superior		
Control Emocional	0	85	23.36	6.416	.696	21.98	24.75	7	35
	1	50	22.04	6.401	.905	20.22	23.86	7	35
	2	32	21.16	5.968	1.055	19.00	23.31	9	34
	3	15	18.27	5.325	1.375	15.32	21.22	11	33
	4	5	20.00	3.674	1.643	15.44	24.56	14	23
	5	2	17.00	5.657	4.000	-33.82	67.82	13	21
Autoconciencia	0	85	19.00	3.128	.339	18.33	19.67	11	25
	1	50	17.96	3.574	.505	16.94	18.98	10	24
	2	32	17.22	3.358	.594	16.01	18.43	11	24
	3	15	16.67	2.498	.645	15.28	18.05	11	20
	4	5	18.20	1.789	.800	15.98	20.42	16	20
	5	2	12.50	3.536	2.500	-19.27	44.27	10	15
Respuesta Situacional	0	85	17.42	2.656	.288	16.85	18.00	9	20
	1	50	17.02	2.729	.386	16.24	17.80	9	20
	2	32	16.50	3.501	.619	15.24	17.76	5	20
	3	15	16.00	2.646	.683	14.53	17.47	12	20
	4	5	17.60	1.949	.872	15.18	20.02	15	20
	5	2	18.50	2.121	1.500	-.56	37.56	17	20
Regulación Emocional Total	0	85	59.79	8.959	.972	57.86	61.72	36	78
	1	50	57.02	8.575	1.213	54.58	59.46	37	74
	2	32	54.88	8.534	1.509	51.80	57.95	37	76
	3	15	50.93	7.285	1.881	46.90	54.97	40	68
	4	5	55.80	6.834	3.056	47.31	64.29	45	62
	5	2	48.00	7.071	5.000	-15.53	111.53	43	53

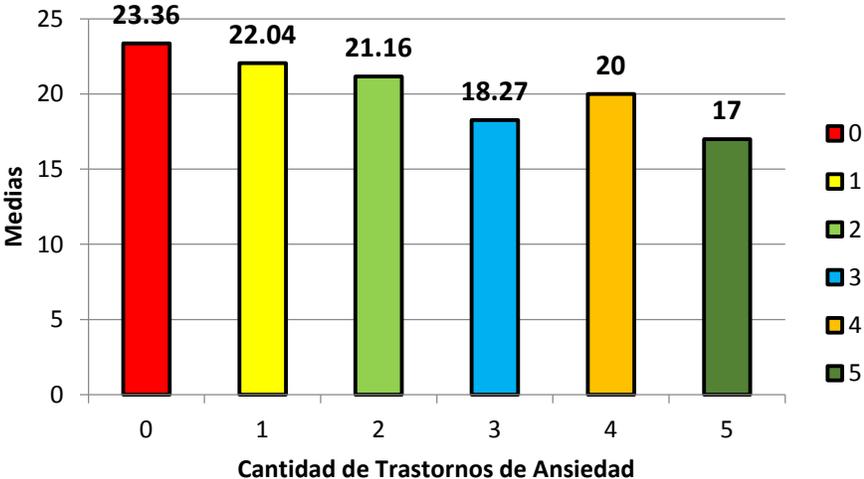
Tabla 11. Homogeneidad de las Varianzas

Áreas ERICA	Estadístico de Lavene	gl 1	gl 2	Significancia
Control Emocional	1.211	5	183	0.306
Autoconciencia	1.182	5	183	0.320
Respuesta Situacional	0.612	5	183	0.691
Total ERICA	0.740	5	183	0.595

Tabla 12. ANOVA de Regulación Emocional por Trastornos de Ansiedad

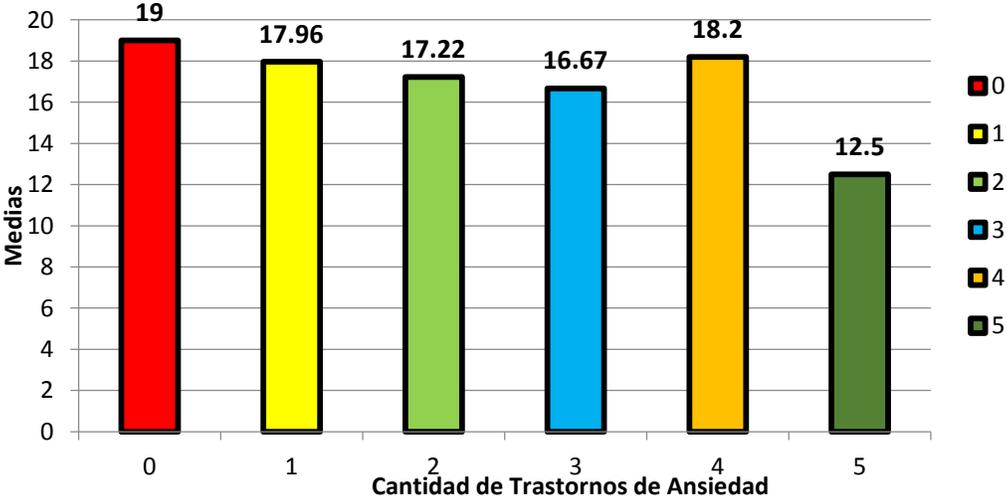
Áreas ERICA	Fuente de Variación	Suma de Cuadrados	gl	Razón F	p
Control Emocional	Entre Grupos	459.043	5	2.382	0.040
	Intragrupos	7052.766	183		
	Total	7511.819	188		
Autoconciencia	Entre Grupos	187.830	5	3.599	0.004
	Intragrupos	1910.022	183		
	Total	2097.852	188		
Respuesta Situacional	Entre Grupos	43.805	5	1.102	0.361
	Intragrupos	1455.433	183		
	Total	1499.238	188		
Total ERICA	Entre Grupos	1510.593	5	4.071	0.002
	Intragrupos	13582.402	183		
	Total	15092.995	188		

Gráfica 2. Medias De Control Emocional por cantidad de Trastornos de Ansiedad +



+ $F= 2.382$, gl 5,183: $p=0.040$

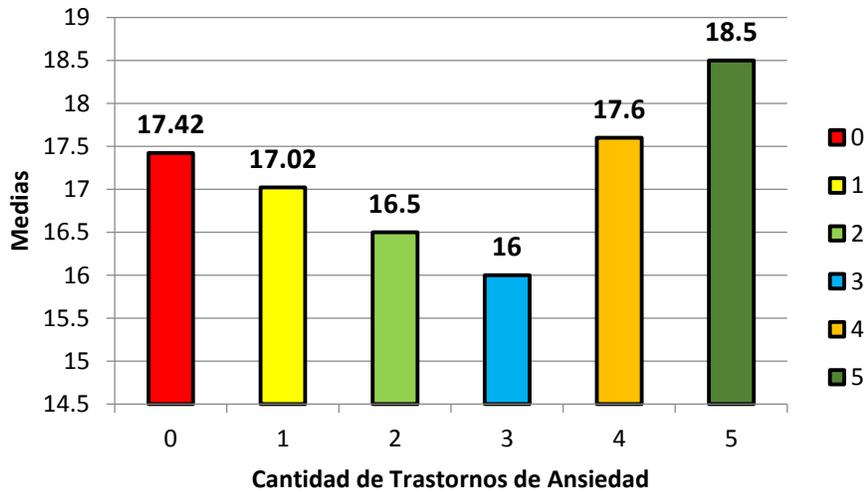
Gráfica 3. Medias de Autoconciencia por cantidad de Trastornos de Ansiedad ++



++ $F= 3.599$, gl 5,183: $p=0.004$

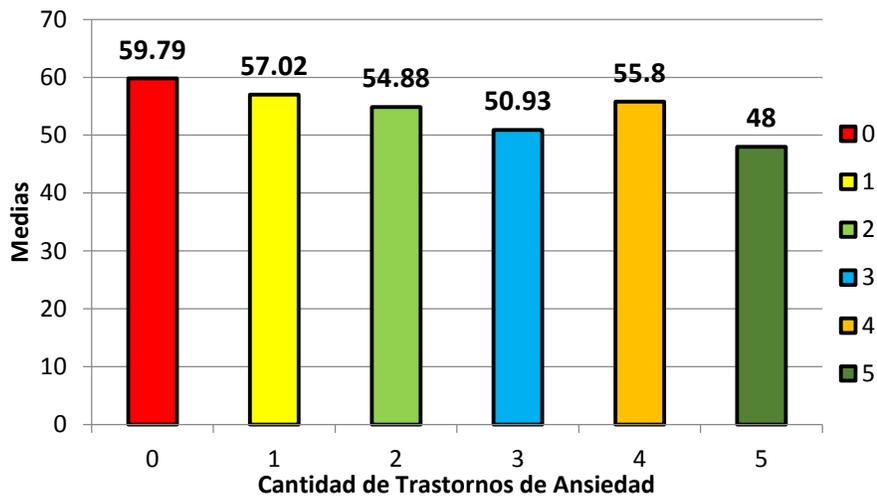
Gráfico 4. Medias de Respuesta Situacional por cantidad de trastornos de Ansiedad

+++



+++ $F= 1.102$, gl 5,183: $p=0.361$

Gráfico 5. Medias de ERICA Total por cantidad de Trastornos de Ansiedad++++



+++ $F=4.071$, gl 5,183: $p=0.002$

X. DISCUSIÓN.

Los diferentes enfoques de la regulación emocional se complementan para ofrecer una comprensión más profunda del fenómeno y de su participación en la presencia de psicopatología.

En el estudio realizado por MacDermott y Gullone en el 2010 para la evaluación psicométrica de la ERICA, con la población de niños australianos cursando la primaria, se obtuvieron puntajes similares a los observados en ésta muestra. Para las medias de la Regulación Emocional total en el caso del estudio de 2010 se obtuvo 57.10 (DE 8.34) y en el presente fue de 57.29 (DE 8.96), para el factor de Control Emocional fue de 22 (5.22) y en el presente de 22.08 (DE 6.321), factor de Auto conciencia fue de 18.67 (DE 3.18) y en el presente de 18.15 (DE 3.34), y con el factor de Respuesta Situacional se obtuvo 16.42 (DE 2.72) y en el presente fue de 17.06 (DE 2.824)²⁹.

Los trastornos de ansiedad típicamente inician en edades más tempranas que otros trastornos mentales. En la población mundial se estima que del 5 al 18 % de la población contará con un trastorno de ansiedad y que la mayor parte de los casos inician entre la segunda infancia y en la adolescencia. De los 189 niños evaluados en este estudio 105 contaban con algún trastorno de ansiedad por lo menos, esto quiere decir el 55.5%, una estimación por encima de la prevalencia en la población mundial. En las tres escuelas se encontraban inscritos un total de 1302 niños, sin embargo a pesar de haber invitado a participar a todos los alumnos, solo se presentaron en total 189 (14.5%). Es probable que la pobre atención a la salud mental de los niños se deba a diferentes situaciones; a las fallas en la identificación de los problemas de salud mental en los niños (las manifestaciones de internalización se reconoce un mayor retraso en la atención) y la falta de conocimiento que existe en torno a la percepción de la necesidad de atender los problemas de salud mental en la infancia, a los cambios sociodemográficos que han repercutido en los cuidados de los niños como la incorporación de las mujeres en las actividades económicas o los cuidados de los menores por parte de un familiar que no son los padres^{59,60}. Los niños y padres que acudieron a las evaluaciones fueron aquellos que ya habían identificado algún problema previo en el niño, que repercutía en su funcionamiento global. Por ello se podría considerar que la mayoría de los niños que acudieron a las entrevistas ya reconocían la psicopatología.

De los niños que contaron con un trastorno de ansiedad el 47.6% (n=50) cumplieron criterios de Fobia Específica y 12.6% (n=24) cumplieron criterios de Fobia Social. De acuerdo a la población estudiada de 189 niños en el 26.45% se encontró este trastorno, este resultado es el esperado para los trastornos de fobia específica en la población mexicana ya que Benjet, refiere cifras de 26.4%, de la misma forma en el caso de Fobia Social de nuevo la cifra es la esperada ⁵⁶. El trastorno de Ansiedad de Separación se presenta en 2 a 4% de los niños y es el trastorno de ansiedad más común en niños menores de 6 años, se puede presentar en cualquier momento del desarrollo, es más frecuente que aparezca en sus primeras manifestaciones en la edad preescolar o escolar, en el presente estudio se encontró una cifra de 19.04%, la cual es mayor a la esperada ⁵⁵. El otro diagnóstico que se encontró en alto porcentaje fue la agorafobia, la cual fue un porcentaje de 24.8, muy por encima al reportado en el Programa Específico de Psicopatología Infantil y del Adolescente. Es probable que la forma de plantear las preguntas para abordar los síntomas de fobia específica y de agorafobia con el instrumento ocupado, MINI-KID, repercuta en la alta sensibilidad para detectar estos diagnósticos (en el estudio sobre la validez del instrumento se reportan la presencia de más falsos positivos comparativamente con el K-SAD-PL)^{32, 58}. En el estudio no se encontraron niños con TEPT.

Los hallazgos en este trabajo indican que los niños con trastornos de ansiedad presentan puntajes más bajos en el Índice ERICA en comparación con los que no tienen algún trastorno de ansiedad. No obstante no sabemos si esto es válido debido a las edades, ya que no se conoce si los niños menores de 8 años realmente comprendían lo que se les estaba preguntando, por ello el instrumento está validado para edades de entre 9 a 16 años. Lo que se ha reconocido es que los niños con trastornos de ansiedad tienen mayor desregulación de las emociones; con expresiones desreguladas de las emociones y menor afrontamiento de éstas además hay un aumento de la experiencia emocional negativa ^{20,21,26,35,36}.

Los resultados demostraron diferencias estadísticamente significativas entre las medias de puntuación del grupo con TA y niños sin un Trastorno Psiquiátrico para la sub-escala de Control Emocional, siendo menores los puntajes obtenidos en los niños con TA. El factor de control emocional se asocia a la desregulación del afecto negativo. Se conoce

que los niños con trastornos de ansiedad cuentan con déficits en el control emocional, principalmente por el aumento de la intensidad de la emoción; generalmente miedo, enojo o tristeza, y las fallas en las funciones ejecutivas, dependientes de las regiones prefrontales, que promuevan dificultades en la dirección selectiva de la atención hacia estímulos principalmente negativos y así se generen alteraciones en las respuestas y la expresión de las emociones ^{19,26}. Además al ser un auto reporte, regularmente los niños con T. de Ansiedad tienen evaluaciones con puntajes que demuestran un menor control o autoeficacia que los niños controles ^{20,21,26}.

En el caso de las medias de los puntajes del factor de Autoconciencia Emocional, los niños con TA obtuvieron menores puntajes contra los niños sin un Trastorno Psiquiátrico. De acuerdo a la literatura los niños con trastornos de ansiedad regularmente evalúan las situaciones ambiguas como temerosas. Los niños que presentan un mejor entendimiento y conciencia de sus emociones pueden regular con mayor facilidad sus emociones. Los niños con cualquier trastorno de ansiedad cuentan con menor habilidad para identificar las emociones, menor claridad y conciencia, y en la reactividad negativa de las emociones hay dificultades en entender éstas, presentando una habilidad fallida para auto calmarse ^{36,37}. Además la severidad en los síntomas se relaciona a la falta de aceptación emocional³⁹.

En la medida que existen mayor número de trastornos de ansiedad en un mismo individuo, comorbilidad, hay una mayor severidad de disfunción en general, por ello se podría considerar una menor regulación emocional. No es el caso de la respuesta situacional probablemente porque este factor está relacionado a la empatía y la culpa. Los niños de la etapa escolar regularmente van aprendiendo las respuestas sociales adecuadas de acuerdo a la interacción con sus pares, al avance cognitivo y las reglas contextuales es por ello que aún con la desregulación de otros factores, la respuesta situacional se mantenga estable ^{9,10}. En el presente estudio las diferencias en las medias sobre los puntajes de la Respuesta Situacional no fueron significativas, lo cual corresponde a lo mencionado anteriormente.

XI. CONCLUSIONES.

1. En el presente estudio hay un aumento sobre la presencia de trastornos de ansiedad esperados en relación a la literatura reportada, sin embargo ya que no acudieron a las evaluaciones todos los niños de las escuelas primarias no se puede determinar la prevalencia de los trastornos de ansiedad.
2. Al ser un estudio transversal no es posible la realización de afirmaciones categóricas en torno a la génesis de los trastornos ansiosos en función de la autoregulación emocional
3. Podemos mencionar que se observaron diferencias significativas en la regulación emocional de los niños ansiosos comparados los niños sin trastornos de ansiedad
4. A mayor número de trastornos ansiosos se observó mayor diferencia en los puntajes del índice de la regulación emocional.

XII. LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES.

Se recomienda una evaluación neuropsicológica, y valorar aspectos de apego o la presencia de otras comorbilidades psiquiátricas a fin de discriminar los distintos subtipos de ansiedad, en relación con endofenotipos correspondientes a variantes cognitivas, por lo que no es posible determinar el peso de los factores neurofuncionales, vinculares y sociales en la presencia de trastornos ansiosos y el efecto sumatorio de las comorbilidades.

Debe contemplarse la presencia de comorbilidad con TDAH, para poder determinar si las respuestas de los ítems de autocontrol pudieran estar sesgadas por la presencia de ésta patología en la muestra.

XIII. REFERENCIAS.

1. Adrian M, Zeman J, y Veits G. Methodological implications of the affect revolution: A 35-year review of emotion regulation assessment in children. *Journal of Experimental Child Psychology*. 2011;110(2): 171–197.
2. Cole PM, Marin SE, y Dennis TA. Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges for child development research. *Child Development*. 2004; 75(2): 317–333.
3. Fox NA y Calkins SD. The development of self-control of emotion: Intrinsic and extrinsic influences. *Motivation and Emotion*, 2003;27(1): 7–26.
4. Gross JJ y Thompson, R. A. *Conceptual Foundations*. *Handbook of Emotion Regulation*, 2007: 3–24.
5. Thompson RA. *Emotional Regulation and Emotional Development*. 1991(Vol. 3).
6. Zeman J, Cassano M, Perry-Parrish C y Stegall, S. Emotion regulation in children and adolescents. *JDBP*. 2006; 27(2): 155–168.
7. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, Myers SS, Robinson LR, Orleans N, et. al. *The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation*. 2007
8. Thompson RA. *Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition*. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994; 59(2/3): 25–52.
9. Southam-Gerow MA, y Kendall PC. Emotion regulation and understanding: Implications for child psychopathology and therapy. *Clinical Psychology Review*. 2002; 22(2): 189–222.
10. Abe JAA e Izard CE. The development functions of emotions: An analysis in terms of Differential Emotions Theory. *Cognition and Emotion*. 1999; September 13 (5): 523-549.
11. Eisenberg N, Smith CL y Spinrad TL. *Effortful Control; Relations with Emotion Regulation, Adjustment and Socialization in Childhood*, *Handbook of Self-regulation Second Edition: Research, Theory, and Applications*. Vohs KD Baumesiter RF. 2011: p 263-274.
12. Arellano V, Jaimes A y Ortiz S. Características psicométricas y confiabilidad del Índice de Regulación Emocional en Niños y Adolescentes “ERICA” (Emotion Regulation Index in Child and Adolescent) y regulación emocional en adolescentes de

12 a 16 años con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de un Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México. Tesis para obtener el grado de Psiquiatra Infantil y de la adolescencia. UNAM. 2013

13. Aldao A, Nolen-Hoeksema S y Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 2010; 30(2): 217–237.
14. Cole PM, Michel MK y Teti LO. The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 1994; 59: 73–100.
15. Eisenberg N, Fabes RA, Shepard SA, Murphy BC, Guthrie IK, Jones S, Friedman J, Poulin R y Maszk P. Contemporaneous and longitudinal prediction of children's social functioning from regulation and emotionality. *Child Development*. 1997; 68: 647–664.
16. Russo MF y Beidel DC. Comorbidity of childhood anxiety and externalizing disorders: prevalence, associated characteristics, and validation issues. *Clinical Psychology Review*. 1994; 14: 199–211,
17. Gross JJ. Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. *Handbook of Emotion Regulation*. 2014
18. Gross JJ. Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998b; 74: 224–237.
19. Southam-Gerow MA y Kendall PC. A preliminary study of the emotion understanding of youth referred for treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*. 2000; 29: 319–327.
20. Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT y Forsyth JP. Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010; 32(1): 68–82.
21. Carthy T, Horesh N, Apter A, y Gross JJ. Patterns of emotional reactivity and regulation in children with anxiety disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2010; 32(1): 23–36.
22. Shapero, B. G., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2015). Emotional Reactivity and Internalizing Symptoms : Moderating Role of Emotion Regulation. *Cognitive Therapy*

and Research. <http://doi.org/10.1007/s10608-015-9722-4>

23. American Psychiatric Association, APA. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona: Masson. 2000
24. Guía Clínica del diagnóstico y manejo de los Trastornos de Ansiedad. Guías Clínicas del Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N Navarro"
25. Anderson JC, Williams S, McGee R, Silva PA. DSMIII Disorders in preadolescent children: prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry*. 1987; 44: 69-76
26. Jacob ML, Thomassin K, Morelen D y Suveg C. Emotion Regulation in Childhood Anxiety. *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders*. McKay D y Storch E. 2011; 12: 171-185.
27. McGuire JF, Small BJ, Lewin A B, Murphy TK, De Nadai, AS, Phares V y Storch EA. Dysregulation in pediatric obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2013; 209(3): 589–595.
28. Hermann A, Schäfer A, Walter B, Stark R, Vaitl D y Schienle A. Emotion regulation in spider phobia: Role of the medial prefrontal cortex. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. 2009; 4(3):, 257–267.
29. MacDermott S, Gullone E, Allen S, King N y Tonge S. The Emotion Regulation Index for Children and Adolescents (ERICA): A Psychometric Investigation. *J Psychopathol Behav Assess*. 2010; 32:301–314. DOI 10.1007/s10862-009-9154-0
30. Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992
31. Bobes-García J, Portilla MP, Bascarán-Fernández MT, Sáiz Martínez PA y Bousoño-García M. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 2a Edición. Barcelona: Arsmédica-Psiquiatría Editores S.L. 2002.
32. Lecrubier Y, Sheehan Dv, et. al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to de CIDI. *Eur Psychiatry*. 1997; 12: 224-231.
33. Arellano V y Ortiz S. Características psicométricas y confiabilidad del Índice de Regulación Emocional en Niños y Adolescentes "ERICA" (Emotion Regulation Index in Child and Adolescent) y regulación emocional en adolescentes de 12 a 16 años con

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de un Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México. Tesis para obtener el grado de Psiquiatra Infantil y de la adolescencia. UNAM. 2013

34. Lecannelier F y cols. Problemas, proyecciones y desafíos en la salud mental infantil: la necesidad de reformular el rol profesional. *Horiz Enferm.* 2008; 19 (1): 10-19. <http://www.unesco.org.uy/educacion/fileadmin/templates/educacion/archivos/Articulo%20Lecannelier.pdf>
35. Hannesdottir DK y Ollendick TH. The role of emotion regulation in the treatment of child anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review.* 2007; 10(3): 275–293. <http://doi.org/10.1007/s10567-007-0024-6>
36. Suveg C, Zeman J, Suveg C y Zeman J. Emotion Regulation in Children With Anxiety Disorders. *Emotion Regulation in Children With Anxiety Disorders.* 2014: 37–41. <http://doi.org/10.1207/s15374424jccp3304>
37. Decker ML, Turk CL, Hess B y Murray CE. Emotion regulation among individuals classified with and without generalized anxiety disorder. 2008; 22: 485–494. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.002>
38. Mennin, D. S., Mclaughlin, K. A., & Flanagan, T. J. (2009). Journal of Anxiety Disorders Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder , social anxiety disorder, and their co-occurrence, 23, 866–871. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2009.04.006>
39. Weiss NH, Tull MT, Lavender J y Gratz KL. Child Abuse & Neglect Role of emotion dysregulation in the relationship between childhood abuse and probable PTSD in a sample of substance abusers. *Child Abuse & Neglect.* 2013; 37(11): 944–954. <http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.03.014>
40. Seligowski AV, Rogers AP y Orcutt HK. Relations among emotion regulation and DSM-5 symptom clusters of PTSD. *PAID* 2010; 92:104–108. <http://doi.org/10.1016/j.paid.2015.12.032>
41. Tull MT, Barrett HM, Mcmillan ES y Roemer L. A Preliminary Investigation of the Relationship Between Emotion Regulation Difficulties and Posttraumatic Stress Symptoms. 2007; 38: 303–313.
42. Stern MR, Nota JA, Heimberg RG, Holaway RM y Coles ME. Journal of Obsessive-

- Compulsive and Related Disorders An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014; 3(2): 109–114. <http://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.02.005>
43. Fergus TA y Bardeen JR. Emotion regulation and obsessive – compulsive symptoms : A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014; 3(3): 243–248. <http://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.06.001>
 44. Rothbart MK y Derryberry D. Development of individual differences in temperament. In M. E. Lamb & A. L. Brown (Eds.), *Advances in developmental psychology*. 1981; 1: 37-86. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
 45. Kagan J, Reznick S y Snidman N. The Physiology and Psychology of Behavioral Inhibition in Children. *Child Development*. 1987; 58(6): 1459-1473. DOI: 10.2307/1130685.
 46. Stansbury K y Gunnar M. Adrenocortical activity and emotion regulation. In: Fox NA, ed. *Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 1994; 59. DOI:108Y134.
 47. Pimentel HE, Jaimes A y Ortiz S. Características psicométricas y confiabilidad del Índice de Regulación Emocional en Niños y Adolescentes “ERICA” (Emotion Regulation Index in Child and Adolescent) y regulación emocional en adolescentes de 9 a 11 años con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad de un Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México. Tesis para obtener el grado de Psiquiatra Infantil y de la adolescencia. UNAM. 2013.
 48. Guyer AE, Lau JYF, McClure-tone EB, Parrish J, Fox NA, et.al. Amygdala and Ventrolateral Prefrontal Cortex Function During Anticipated Peer Evaluation in Pediatric Social Anxiety. *Archives of General Psychiatry*. 2008; 65(11): 1303–1312.
 49. Santucci AK, Silk JS, Shaw DS, Gentzler A, Fox NA y Kovacs M. Vagal Tone and Temperament as Predictors of Emotion Regulation Strategies in Young Children. *Developmental Psychobiology*. 2008; 50: 205-216. <http://doi.org/10.1002/dev.20283>.
 50. Bradley RH y Corwyn RF. Moderating Effect of Perceived Amount of Family Conflict on the Relation Between Home Environmental Processes and the Well-Being of Adolescents. *Journal of Family Psychology*. 2000; 14(3): 349–364. DOI: 10.1037//0393-3200.14.3.349

51. Rapee RM. Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención (Irrázaval M, Stefan MT, trad.). En Rey JM (ed), Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes. Geneva: Asociación Internacional de Psiquiatría y Profesiones Aliadas de Niños y Adolescentes, 2016.
52. Cardenas EM, Feria M, Palacios L y De la Peña F. Guía Clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. Ed. Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J y Medina-Mora EM. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, México. 2010.
53. Kessler RC, Ruscio AM, Shear K y Wittchen HU. Epidemiology of Anxiety Disorders. 2009: 21–35. <http://doi.org/10.1007/7854>
54. Kendall PC, Brady EU, y Verduin TL. Comorbidity in Childhood Anxiety Disorders and Treatment Outcome. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1995; 40(7): 787–794. <http://doi.org/10.1097/00004583-200107000-00013>
55. Programa Específico de Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. www.ssa.gob.mx. primera edición. 2002.
56. Benjet C. La Salud Mental de Niños y del Adolescentes. Capítulo 6. Mora MEM, Gutierrez E J S y Quintanar T R. La Depresión y Otros Trastornos Psiquiátricos, Documento de Postura. Academia Nacional de Medicina. 2015.
57. Garrido-Rojas L. Apego, Emoción y Regulación Emocional Implicaciones para la Salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2006; 38 (3): 493-507
58. Pérez-Grande MD. El miedo y sus trastornos en la infancia. *Prevención e Intervención educativa*. AULA. 2000: 123-144.
59. Sandoval JM. La Salud Mental en México. Servicio de Investigación y Análisis. División de Política Social. Camara de Diputados LIV Legislatura. México. www.salud.gob.mc/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf
60. Rutter M, Cox A Tupling C, Berger M, Yule W. Attainment and adjustment in two geographical areas: I. The prevalence of psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 1975; 126: 493-509

XIV. ANEXOS

Anexo 1. Aprobación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para el proyecto general.



Comité de investigación

“2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón”

México D.F. a 11 de Noviembre 2015

Asunto: Aprobación

Oficio: 029

Dra. Armida Granados Rojas
Presente:

Por este medio le informamos que en relación a su proyecto de investigación titulado “*Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 años a 13 años en escuelas primarias públicas.*” con clave de registro **II3/01/0915**, se han revisado las modificaciones sugeridas y ha sido dictaminado como **aprobado**.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Rosa Elena Ulloa Flores
Presidenta del Comité de Investigación.

Anexo 2. Aprobación por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para la realización del proyecto DERIVADO.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Organizadora de Estudios y Actividades de Salud y Hospital de Alta Especialidad
Servicios de Atención Psiquiátrica
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

Oficio: DI/CI/968/1216
Asunto: Registro de tesis derivada
México, D.F., a 5 Diciembre de 2016

Dra. Armida Granados Rojas
Investigador responsable
Presente

Relacionado con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Proyecto: Regulación Emocional para los trastornos externalizados evaluados con ERICA
No. de registro: **II301/0214**
Aprobación CI: 28 febrero 2014

Se informa que el proyecto que se especifica se registró en esta división como proyecto de tesis **DERIVADO**

Título: **Regulación emocional en niños escolares de 6 a 12 años con Ts. De ansiedad que asisten a escuelas primarias públicas de la zona poniente de la Ciudad de México**

No. Registro: **II301/0214/Tb**

Tesis de: **Especialidad en Psiquiatría infantil y del adolescente.**

Tesista: **Luis Alberto Salinas Torres**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) a través del tesista asignado, un informe de los avances del proyecto derivado durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpicomisioninvestigacion> del año en curso, así como envío de pdf's de los productos generados (presentaciones en congresos, etc.).
- En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

Atentamente


Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo
Jefa de la División de Investigación

Ccp. Registro de productividad
Archivo

Anexo 3. MINI-KID. Entrevista internacional neuropsiquiátrica para niños y adolescentes.

M.I.N.I. KID

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW para Niños y Adolescentes

Versión en Español

USA: **D. Sheehan, D. Shytle, K. Milo**
University of South Florida - Tampa

FRANCE: **Y. Lecrubier, T Hergueta.**
Hôpital de la Salpêtrière - Paris

Versión en Español:

USA: **M. Colón-Soto, V. Díaz, O. Soto**
University of South Florida - Tampa

© Copyright 1998, 2000, Sheehan DV

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias de la M.I.N.I. para su uso personal.

La MINI para adultos está disponible:

En un programa para la computadora en el “Medical Outcome Systems, Inc” en www.medical-outcomes.com

También está disponible gratuito a través del “Medical Outcome Systems, Inc” en www.medical-outcomes.com

- MINI cambios, adelantos & revisiones
- Traducciones de la MINI en mas de 30 idiomas
- La MINI Selección de pacientes para especialidades primarias
- La MINI Plus para la investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes
- La MINI Seguimiento de pacientes para seguir la respuesta al tratamieto

M.I.N.I. **KID** (1.1) 1 de enero del 2000.

-1-

Anexo 4. Cédula de datos sociodemográficos.

Cédula de datos sociodemográficos.

Nombre del alumno: _____ Folio: _____

Escuela: _____

Sexo del alumno: Femenino _____ Masculino _____ Grado Escolar: _____

Fecha de nacimiento de su hijo o hija: Día _____ Mes _____ Año _____

Edad de su hijo o hija: _____ ¿Cuántos hijos tiene? _____

Vive en: Casa o departamento propio _____

Casa o departamento rentado _____

Vive en casa de algunos parientes _____

Vive con:

Escolaridad:

Ocupación:

Papá _____

Mamá _____

Hermanos _____

Abuelos _____

Tíos _____

Otras Personas _____ ¿Quiénes? _____

¿Qué lugar ocupa su hijo entre sus hermanos? _____

¿Quién cuida a su hijo o hija? _____ Escolaridad: _____

¿Tiene usted y su familia?

IMSS _____ Seguro popular _____ SEDENA _____

ISSSTE _____ Gratuidad GDF _____ Seguro Privado _____

Otro servicio de seguridad social ¿Cuál? _____

¿Alguien en su familia ha usado o usa?

Tabaco _____ ¿Quién? _____

Alcohol _____ ¿Quién? _____

Drogas _____ ¿Quién? _____

Alguien en su familia ha tenido o tiene:

¿Problemas de conducta? _____ ¿Quién? _____

¿Problemas con la ley? _____ ¿Quién? _____

¿Depresión? _____ ¿Quién? _____

¿Ansiedad? _____ ¿Quién? _____

Otra enfermedad mental ¿Cuál? _____

Su hijo ¿alguna vez ha recibido atención médico psiquiátrica o psicológica? **SI** _____ **NO** _____

En caso de que sí haya recibido atención:

¿Sabe cuál es el diagnóstico de su hijo? **SI** _____ **NO** _____

¿Cuál es? _____

Anexo 5. ERICA. Versión en español.

A continuación, aparece una lista de enunciados, lee cada uno y marca con una “X” la opción que refleje mejor la forma de **cómo te sientes y te comportas**. No te detengas mucho tiempo leyendo cada enunciado. Recuerda que no se trata de un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas.

No	Enunciados	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1.	Soy una persona feliz					
2.	Cuando los adultos son amigables conmigo, yo también soy amigable con ellos					
3.	Cuando las cosas cambian o tengo que intentar algo diferente mi reacción es adecuada					
4.	Cuando me molesto, me calmo rápidamente					
5.	Cuando las cosas no salen como yo esperaba, me irrito fácilmente					
6.	Cuando otros niños son amigables conmigo, yo también soy amigable con ellos					
7.	Tengo arranques de ira					
8.	Disfruto cuando otra persona se lastima o está triste					
9.	A veces puedo ser muy latoso					
10.	Me molesta cuando un adulto me dice lo que puedo hacer y lo que no puedo hacer					

11.	Soy una persona triste					
12.	Me cuesta trabajo ser paciente cuando se trata de esperar para obtener algo que quiero					
13.	Soy callado y tímido y por lo general no demuestro mis sentimientos					
14.	Hago cosas sin pensar					
15.	Cuando alguien está triste me preocupo por esa persona					
16.	Me gusta meterme donde no me llaman y molestar a los demás					

Anexo 6. Consentimiento informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

México, Ciudad de México, a _____ de _____ de 201 .

La presente investigación, es conducida por la Dra. Silvia Ortiz León, investigadora de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y la colaboración de la Mtra. Aurora Jaimes Medrano (UNAM), la Dra. Armida Granados, la Dra. Indira Indiana Cabrera Abud, la Dra. Rocío Hinojosa, la Dra. Rosario Andrade y el Dr. Luis Salinas. (HPIJNN).

Tiene como objetivo **detectar enfermedades mentales en niños que acudan a escuelas primarias en la Delegación Álvaro Obregón.**

El procedimiento inicia con una reunión con los padres del niño en la que se llevará a cabo el llenado de una Cédula de datos sociodemográficos y después una sesión en la que se aplicará una entrevista para la identificación de síntomas de enfermedades psiquiátricas en su hijo, con el tiempo aproximado de 1 a 2 horas, para este último evento. La participación es estrictamente **voluntaria**. La información que se recoja será **confidencial** y no se usará para ningún propósito, fuera de los de esta investigación. Las respuestas serán codificadas usando un folio de identificación, por tanto, serán **anónimas**.

Al final de la aplicación de los instrumentos y en caso de que su hijo@ requiera atención especializada, se le entregará documento para acudir a una institución específica. La información se entregará en sobre cerrado y debidamente rotulado con la dirección a donde acudirá.

Si tiene dudas sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique de ninguna forma a usted o a su hij@.

Agradecemos su participación y solicitamos en caso de haber entendido lo explicado y de estar de acuerdo en que su hij@ participe, firme el presente documento.

Nombre y firma del padre o tutor

Nombre y firma del investigador que recaba.

Nombre y firma de testigo.

Nombre y firma de investigador testigo.

Anexo 7. Asentimiento Informado

ASENTIMIENTO INFORMADO

México D.F., a _____ de _____ de 2016.

La presente investigación, es conducida por la Dra. Silvia Ortiz León, investigadora de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), y la colaboración de la Mtra. Aurora Jaimes Medrano (UNAM), la Dra. Armida Granados, la Dra. Indira Indiana Cabrera Abud, la Dra. Rocío Hinojosa, la Dra. Rosario Andrade y el Dr. Luis Salinas. (HPIJNN)

Tiene como objetivo **detectar enfermedades mentales en niños que acudan a escuelas primarias en la Delegación Álvaro Obregón.**

Te invitamos a participar, una vez que tu madre, padre o tutor acudió a una reunión donde le explicamos el proyecto y realizó el llenado de una Cédula de datos sociodemográficos, además de firmar un documento donde acepta que **tú** participes en el estudio. Por lo anterior, en esta sesión te aplicaremos una entrevista para la identificación de síntomas de enfermedades psiquiátricas, en un tiempo aproximado de 1 a 2 horas.

Tu participación es estrictamente **voluntaria**. La información que se recoja será **confidencial** y no se usará para ningún propósito, fuera de los de esta investigación. Las respuestas serán codificadas usando un folio de identificación, por tanto, serán **anónimas**.

Si tienes dudas sobre este proyecto, puedes hacer preguntas en cualquier momento durante tu participación. Igualmente, puedes retirarte de la investigación en cualquier momento sin que esto te perjudique a ti o a tu padre, madre o tutor.

Agradecemos tu participación y solicitamos en caso de haber entendido lo explicado y de estar de acuerdo en participar, firmes el presente documento.

_____	_____
Nombre y firma del niño@	Nombre y firma del investigador que recaba.
_____	_____
Nombre y firma de testigo.	Nombre y firma de investigador testigo.

Anexo 8. Aprobación por el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.



Ciudad de México, 11/02/2016

Oficio #2

Dr. Arantza Guzmán Rojas
Responsable de proyecto

Por medio de la presente le comunico que la última revisión realizada a los documentos de consentimiento y asentimiento pertenecientes al proyecto "Psicopatología y características sociodemográficas en escolares de 6 a 12 años en escuelas primarias públicas", cumplen con los requisitos normativos en materia de ética en investigación para ser utilizados en el proyecto.

Le deseamos éxito, y le recordamos la importancia de supervisar que sus colaboradores cumplan con la normativa vigente en el campo de la ética en investigación, durante todas las etapas de su investigación.

Atentamente

Dr. Julio César Flores Lázaro

Presidente del Comité de Ética en Investigación, HPI/DI/NN



Cep. División de Investigación, HPI/DI/NN
Cep. Comité de Investigación, HPI/DI/NN

Anexo 9. Aprobación por el Comité de Ética del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, para la realización del proyecto DERIVADO.


Comité de Ética en Investigación

18/05/2017
Oficio no. 15

Dr. Luis Alberto Salinas Torres
Tesisista

Por medio de la presente hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: **“Regulación emocional en niños escolares de 6 a 13 años con trastorno de ansiedad que asisten a escuelas primarias públicas de la Ciudad de México”.**

Por lo que se extiende una carta de conformidad del cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis:

Atte.



Psic. Cynthia Esperón Vargas
Secretaria Técnica del Comité de Ética en Investigación

Anexo 10. Certificado NIH para el investigador principal del presente estudio.

