



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOTERAPIA INFANTIL

TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS APLICADA A NIÑOS: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A :

SIMÓN DAVID TREJO ARANDA

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. MARÍA EMILIA LUCIO GÓMEZ-MAQUEO
COMITÉ TUTORAL: DRA. EDITH ROMERO GODÍNEZ
DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DRA. PATRICIA ANDRADE PALOS
MTRA. MARÍA ASUNCIÓN VALENZUELA COTA

MÉXICO CD.MX.

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.

A Alma y Simón, por apoyarme en cada momento del camino.

A Karla, por haber hecho que todo valiera la pena.

A la familia que yo elegí, por haber estado cada día.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, la máxima casa de estudios, por todos los años que me ha brindado: CEPPSTUNAM (tienes la culpa de lo irreverente que soy), PREPA 5 (la HH PREPA 5 de todos mis amores) y Facultad de Psicología (el lugar que me dejó convertirme en profesionalista). No hay nada más valioso que pertenecerte, gracias por todo: POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), por el apoyo económico que facilitó que pudiera lograr el grado de Maestro. Que siga creciendo el estándar de excelencia.

A todas las profesoras de la Residencia en Psicoterapia Infantil por haberme permitido aprender de ustedes; principalmente a la Dra. María Emilia Lucio Gómez-Maqueo, mi tutora, por su guía, paciencia, y tremendo apoyo, gracias por todas las enseñanzas y experiencias; a la Mtra. María Asunción Valenzuela Cota, por ser una “excelente jefa” y profesora, es usted muy cálida y comprensiva; a la Mtra. María del Rosario Muñoz Cebada, mi supervisora *in situ*, por dejarme ser y enseñarme tanto, gracias por cada momento; y, finalmente, a todos los miembros de mi comité tutorial, por haber dedicado tiempo a leer mi trabajo de titulación y realizar comentarios, correcciones y sugerencias al respecto.

Al Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (CCAPV), por recibirme cada día de la residencia. Jamás olvidaré el trabajo realizado en este lugar, la experiencia que obtuve, a los pacientes a quienes pude apoyar a lo largo de dos años y a todos los compañeros con quienes conviví ahí. Gracias por acompañarme en ese tiempo en el que estudié y practiqué para volverme terapeuta infantil: el camino continúa.

A mis padres, por el apoyo incanzable, en las buenas y en las malas, por las enseñanzas a lo largo de veintiocho años de vida y por haberme dejado ser quien he querido ser sin ponerme trabas en el camino. En verdad les agradezco por esta vida: no sería yo sin ustedes.

Simón, has sido el mejor Simón de los dos. Gracias ser mi ejemplo a seguir y cuidarme tanto. Gracias por ser mi papá.

Alma, no importa cuánto peleemos, siempre voy a querer platicar contigo. Gracias por aguantarme tanto, por ser paciente, por ser mi mamá.

A la familia que yo elegí:

Cuauhtémoc, Sandra, Luis F., Lucía, Luis E. y David, por apoyarme y mostrar interés en mí y en mi trabajo. Gracias por todos los momentos y paciencia. Han sido una verdadera familia.

El futuro Dr. Arturo González Isla, mi Virgilio de una vida, por tu interés constante, las charlas ñoñas, todas las risas y los viajes a la tierra prometida; eres mi hermano y un ejemplo a seguir; a Eder Torres, por apoyar a realizar este trabajo y por toda tu paciencia a lo largo de estos años; que bueno que volviste, volvemos a divertirnos; a Luis Muñoz (Strong), por ser un amigo leal y cariñoso, siempre atento y dispuesto a todo; que vengan más viajes, amigo; y a Diose Torres, por ser una amiga incansable que me ha mostrado mucho apoyo, gracias por todas las porras y por compartir conmigo tu trabajo, eres "bomba".

A mis abuelos, David y Elena, quienes nunca han dejado mi cabeza. No hay día que no los extrañe, más los domingos.

Finalmente, a Karla, porque sin ti esto no habría valido la pena (así de tajante). Sabes que volvería a recorrer cada paso del camino, sin cambio alguno, contal de conocerte y poder estar contigo (eres la única que sabe todo lo que me costó esta travesía). Gracias por ser tan tú cada día, por cada momento vivido, por haberme ayudado a convertirme en un mejor hombre y por la enorme paciencia que has tenido conmigo.

Sé que no soy fácil, pero te quedaste. Gracias por todo el amor que me has hecho sentir.

ÍNDICE

RESUMEN	I
ABSTRACT.....	II
INTRODUCCIÓN	III
CAPÍTULO I. ESTRÉS EN LA NIÑEZ	5
DEFINICIÓN DE ESTRÉS	5
<i>Estrés como estímulo.....</i>	10
<i>Estrés como respuesta.....</i>	13
<i>Estrés como interacción estímulo-respuesta.....</i>	17
ESTRÉS Y NIÑEZ.....	19
<i>Estresores que afectan a los niños.</i>	23
<i>Efectos negativos del estrés en los niños.</i>	28
MEDICIÓN DEL ESTRÉS EN LA NIÑEZ	42
CAPÍTULO II. AFRONTAMIENTO EN LA NIÑEZ	50
AFRONTAMIENTO.....	50
<i>El afrontamiento como proceso.....</i>	61
<i>Clasificaciones del afrontamiento basadas en adultos.....</i>	70
NIÑEZ Y AFRONTAMIENTO.....	76
<i>Clasificaciones del afrontamiento en la niñez.</i>	79
<i>Desarrollo del afrontamiento en la niñez.</i>	90
AFRONTAMIENTO Y SALUD EN LA NIÑEZ	104
MEDICIÓN DEL AFRONTAMIENTO EN LA NIÑEZ	108
CAPÍTULO III. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADA A NIÑOS	
.....	122
GENERALIDADES DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	122
<i>Características generales de la TCC.</i>	131
APLICACIÓN DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL CON NIÑOS	134
<i>Ajustes a la TCC para su aplicación con niños.</i>	142
TRABAJO GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL CON NIÑOS.....	148
<i>Características y recomendaciones para aplicar la TCCG con niños.</i>	151
PRINCIPALES TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS EMPLEADAS EN LA TCC CON NIÑOS	161
<i>Tratamientos y técnicas cognitivo conductuales para niños relacionadas con el estrés y el afrontamiento.</i>	169
TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS.....	175
<i>Aplicaciones de la terapia de solución de problemas.....</i>	186
CAPÍTULO IV. MÉTODO	192
JUSTIFICACIÓN.....	192
OBJETIVO GENERAL.....	195
<i>Objetivos específicos.</i>	195
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	197

HIPÓTESIS	197
VARIABLES	198
<i>Propuesta de intervención</i>	198
<i>Estrés</i>	198
<i>Afrontamiento</i>	199
TIPO DE ESTUDIO.....	199
MUESTRA Y PARTICIPANTES.....	200
<i>Características particulares de los participantes y motivos de consulta</i> ..	201
ESCENARIO	205
INSTRUMENTOS.....	206
PROCEDIMIENTO	208
CAPÍTULO V. RESULTADOS	211
EVALUACIÓN CONDUCTUAL	212
ANÁLISIS DE LA SIGNIFICANCIA CLÍNICA.....	224
EJEMPLOS DEL TRABAJO CON LOS CINCO ELEMENTOS DE LA TSP (NEZU ET AL., 2014)	238
<i>Información brindada por las cuidadoras principales</i>	256
CAPÍTULO VI DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	260
DISCUSIÓN	260
CONCLUSIONES	282
LIMITACIONES Y SUGERENCIAS PARA PRÓXIMOS ESTUDIOS	285
<i>Limitaciones</i>	285
<i>Sugerencias</i>	287
REFERENCIAS.....	290
APÉNDICE A. DESCRIPCIÓN DE LA SEDE	303
APÉNDICE B. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	305
ESCALA INFANTIL DE AFRONTAMIENTO (EIA).....	306
ESCALA DE ESTRÉS PARA NIÑOS (CEN)	308
APÉNDICE C. EVALUACIÓN CONDUCTUAL	310
APÉNDICE D. ANÁLISIS DE CAMBIO CLÍNICO	314
APÉNDICE E. CARTAS DESCRIPTIVAS DE LAS SESIONES.....	316

RESUMEN

El objetivo del presente reporte fue adaptar la Terapia de Solución de Problemas (TSP) de Nezu, Nezu y D`Zurilla (2014) para su adecuada aplicación en un formato grupal con niños de ocho a diez años de edad que asistieron al *Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"*, así como explorar si ésta promovió el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y redujo el nivel de estrés experimentado por los niños. Se presenta la aplicación de la propuesta con un grupo constituido por tres niños mexicanos, quienes experimentaban dificultades para resolver problemas familiares y escolares de manera adaptativa. La propuesta consistió en diez sesiones de trabajo terapéutico, una de cierre y dos de evaluación: pretest y postest. La intervención tuvo como eje de trabajo cinco elementos de la TSP (Nezu et al., 2014): Exteriorizar, Detenerse, Enfriarse, Pensar y Actuar. Para evaluar los tipos de afrontamiento y estrés experimentado por los menores se utilizó la *Escala Infantil de Afrontamiento (EIA)* [Lucio, Durán & Heredia, 2015] y la *Escala de Estrés para Niños (CEN)* [Lucio, Durán & Heredia, 2011]. Los resultados de la intervención muestran que los niños lograron aprender y aplicar los elementos trabajados en el proceso terapéutico, con cierto apoyo de los miembros del grupo, durante las sesiones, no así, fuera del consultorio. Los resultados de los instrumentos muestran cambios negativos respecto al pretest, sin embargo, éstos no pueden adjudicarse al tratamiento debido a que fue una primera propuesta exploratoria; por otra parte, los niños y sus cuidadoras principales mencionaron cambios conductuales y emocionales positivos generados por mejores estrategias de solución respecto a los problemas experimentados. Se concluye que la propuesta de adaptación puede llevarse a cabo, generando mejores resultados, si se realizan ajustes a ésta, particularmente la duración del tratamiento.

Palabras clave: Terapia de Solución de Problemas, afrontamiento, estrés, niños, propuesta terapéutica grupal.

ABSTRACT

The objective of this report was to develop an intervention proposal based on the Problem-Solving Therapy (PST) by Nezu, Nezu, and D`Zurilla (2014) for the implementation in a group format with eight to ten year-old children who attended the Community Center of Psychological Attention "Los Volcanes." The purpose of this implementation was to explore whether PST helps children use adaptive coping strategies and reduces stress. Three Mexican children who experienced difficulties solving family and school problems in an adaptive way participated in this study. The therapeutic process consisted of ten working sessions, one of closure, and two of assessment: pretest and posttest. There are five elements that the author considered essential: Externalize, Stop, Slow down, Think, and Act. Two scales were used to assess the children's coping mechanisms and stress levels: *Children Coping Scale (CCS)* [Lucio, Durán & Heredia, 2015] and the *Stress Children Scale (SCS)* [Lucio, Durán & Heredia, 2014]. The results demonstrated that the children were able to apply the five elements within the therapeutic sessions with some guidance. However, the results did not indicate that the children would be able to apply the same process outside of the therapeutic sessions. The posttest produced negative outcomes compared to the pretest; however, this cannot be attributed to the therapeutic intervention since it was an exploratory proposal. On the other hand, the children and their main caregivers reported positive behavioral and emotional changes due to the implementation of better problem-solving strategies. It is concluded that the therapeutic proposal can be carried out with greater success if the length of the treatment is extended and if more complementary therapeutic material is given to the children so it helps them to apply the TSP outside the sessions.

Key words: Problem-Solving Therapy, coping, stress, children, therapeutic group proposal.

Introducción

A lo largo de su vida, los niños pueden enfrentarse a diversos factores de riesgo en los contextos en los que se desenvuelven (Hernández & Gutiérrez, 2012; Lucio, 2014), los cuales pueden llegar a originar ciertos problemas como consecuencia de la percepción de estrés (Hernández & Gutiérrez, 2012; Verduzco, Lucio, & Durán, 2004) la cual, en caso de no lograr ser disminuida de forma permanente, puede generar consecuencias negativas a nivel fisiológico, psicológico y social (Hernández, 2011; Hernández & Gutierrez, 2012; Landy, 2009; Morales & Trianes, 2010).

Para que los niños puedan resolver dichos problemas de manera adaptativa, es necesario que cuenten con diversas habilidades y estrategias de afrontamiento que les permitan modificar las situaciones estresantes (Cuervo, 2009; Hernández, 2011; Hernández & Gutiérrez, 2012). Sin embargo, algunos niños emplean habilidades y estrategias de afrontamiento que no les permiten lograr cambios benéficos en su ambiente (Hernández & Gutierrez, 2012; Morales & Trianes, 2010; Verduzco, 2006).

A partir del trabajo realizado en *el Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"*, como parte de la formación de la Residencia en Psicoterapia Infantil de la Facultad de Psicología, se pudo observar que en varios de los casos atendidos los motivos de consulta se relacionaban con las dificultades que experimentan los niños y sus cuidadores principales para hacerle frente, de manera adaptativa, a diferentes problemas que les generan estrés y otro tipo de sintomatología.

Debido a lo previamente mencionado, se considera importante, para favorecer el óptimo desarrollo de la salud mental de los niños, generar e implementar intervenciones que impacten en la forma en que éstos resuelven problemas, para así generar una base de herramientas que puedan utilizar en los diversos contextos y relaciones que tienen en su vida.

Respecto a lo anterior, en este reporte se realiza una propuesta de intervención para niños, la cual consistió en adaptar la Terapia de Solución de Problemas de Nezu, Nezu y D´Zurilla (2014) que se enfoca en generar habilidades para enfrentar estresores mayores y menores que experimentan las personas y que ha demostrado tener resultados exitosos para la salud en población adulta. Además, se integran algunas de las técnicas empleadas por otros autores como Bunge, Gomar y Mandil (2014); Christner, Stewart y Freeman (2007); Drewes, (2009); Friedberg y McClure (2014); Friedberg, McClure y Hillwig (2014); Knell (2004); y Reddy (2012), entre otros, que han trabajado en el campo de la psicoterapia Cognitivo-Conductual aplicada a niños y adolescentes.

En el primer capítulo se aborda el estrés y el impacto que éste tiene sobre la salud en los niños. A continuación, en el segundo capítulo se explora el concepto afrontamiento, los tipos de éste que emplean los menores y la relación que tiene con la salud. En el tercer capítulo se presenta parte del trabajo realizado con niños desde el modelo Cognitivo-Conductual y se explora la Terapia de Solución de Problemas de Nezu et al. (2014).

Capítulo I. Estrés en la niñez

Definición de estrés

El estrés es un término comúnmente empleado, tanto en el contexto científico como en el coloquial (Rutter, 1981; Selye, 1976; Trad & Greenblatt, 1990). Este concepto presenta diversos significados (Lazarus, 1993; Rivera, 2013; Rutter, 1981; Selye, 1976; Trad & Greenblatt, 1990), por ejemplo, para algunos autores el estrés implica enfermedad, para otros nerviosismo y para unos más implica tensión, entre muchos otros (Rivera, 2013). Debido a la amplia cantidad de acepciones ha resultado complicado llegar a un acuerdo en cuanto al exacto significado del término (Garmezy, 1983; Rivera, 2013; Rutter, 1981; Selye, 1976), lo que ha generado confusión (Garmezy, 1983; Lazarus, 1993; Rivera, 2013; Rutter, 1981; Selye, 1976) y frustración al emplearlo en el campo académico (Garmezy, 1983).

El fisiólogo Walter Cannon fue quien introdujo el término estrés al campo de la fisiología. Este autor empleó la palabra estrés para referirse a las reacciones fisiológicas provocadas por la percepción de situaciones aversivas o amenazantes (Carlson, 2006). En otras palabras, el estrés para Cannon era el resultado de cambios en la homeostasis del cuerpo (Lazarus, 1993; Rivera, 2013).

Posterior a Cannon, Selye realizó investigaciones pioneras acerca del estrés, mediante las cuales descubrió la particular respuesta neuroendócrina del cuerpo al estar estresado (Gunar, Doom & Esposito, 2015; Rivera, 2013; Sandín,

2003). Cuando Selye (1976) comenzó sus trabajos de investigación acerca de este fenómeno, distinguió tres signos invariables del estrés: ampliación suprarrenal, atrofia tímica linfática, y úlceras gastrointestinales agudas. Para este autor, tales signos representaban el daño al organismo cuando éste se encuentra bajo ataque o peligro. Selye conocía a este grupo de signos como el “síndrome de estrés no especificado”, el cual posteriormente denominó “Síndrome de Adaptación General” (S.A.G.) o “síndrome de estrés biológico”.

Selye (1976) definió al estrés biológico como “la respuesta no específica del cuerpo ante cualquier demanda” (p.15). Además, explicó que existen dos posibles efectos del estrés de la vida diaria dependiendo de las condiciones en las que los estresores se presentan. Denominó *eustrés* a los efectos positivos o deseables del estrés y *distrés* a los efectos negativos o indeseables.

Respecto a los términos *eustrés* y *distrés*, en este texto sólo será empleado el concepto estrés, tanto para hacer referencias a aspectos negativos como positivos de éste.

Aunque en su mayoría Selye enfocó sus trabajos en las amenazas de carácter físico para el organismo (Gunar et al., 2015; Lazarus, 1993b), este autor identificó la existencia de un componente psicosocial en el estrés, lo que generó que se diera importancia al estudio de la relación del individuo con su entorno para comprender al estrés (Rivera, 2013). Mediante las investigaciones de Selye, y posteriores, se hizo notorio que las amenazas de carácter psicológico eran iguales o más potentes que las físicas, en cuanto a la activación de la respuesta de estrés

del cuerpo (Gunar, Doom & Esposito, 2015). Así pues, a partir de los descubrimientos de Selye, las investigaciones acerca del estrés se han centrado tanto en el estrés generado por factores físicos, también denominado como estrés fisiológico o biológico, como en el estrés generado por factores psicológicos, o estrés psicológico (Lazarus, 1993b).

Acerca de los dos aspectos del estrés, el psicológico y el fisiológico, Lazarus (1993b) explica que estas concepciones se encontraban unificadas dentro del concepto homeostasis cuando el término estrés comenzó a emplearse en la fisiología. Posteriormente, éstos se distinguieron debido a las marcadas diferencias que existen entre ellos. No obstante, tal como lo menciona Arnold (1990), los aspectos fisiológicos y psicológicos del estrés están interrelacionados, pues ambos presentan tanto reacciones fisiológicas como psicológicas. De tal manera, no importa si se enfatiza un aspecto o el otro, siempre se debe considerar que existen ambos tipos de reacciones cuando se habla de estrés.

Smith y Carlson (1997) identifican dos tipos de definiciones del estrés que se han empleado a lo largo de diversas investigaciones. El primer tipo entiende al estrés en términos de eventos vitales estresantes (estresores) ante los cuales el individuo requiere adaptarse. El segundo tipo se enfoca en los aspectos subjetivos del estrés, enfatizando el papel que tiene la evaluación cognitiva para definir un evento o situación como estresante.

Carlson (2006) refiere que el estrés es un término impreciso, pues puede ser empleado tanto para referirse a la respuesta de estrés como a un factor

estresante. El autor describe que la respuesta de estrés es la reacción fisiológica generada por la percepción de situaciones amenazantes; en cuanto a los factores estresantes, los define como estímulos que provocan la respuesta de estrés.

La American Psychological Association (Asociación Psicológica Americana) [APA] {2016} señala que el estrés es cualquier experiencia emocional molesta, la cual se acompaña de cambios conductuales, bioquímicos y fisiológicos predecibles.

Galimberti (2009) define al estrés como una “Intensa reacción emocional a una serie de estímulos que activan respuestas fisiológicas y psicológicas de naturaleza adaptativa” (pp. 452-453).

Martínez-Otero (2012) refiere que el estrés es la sobrecarga de tensión evocada por situaciones agobiantes y a la reactividad psicofisiológica que se produce en el sujeto ante las exigencias experimentadas.

Lazarus (1993b) explica que el estrés puede ser entendido como una demanda externa sobre los sistemas biológico, psicológico y social. Esta idea general del estrés es el resultado de la evolución del término desde que fue primero empleado en el campo de la física y posteriormente en la fisiología, psicología y sociología.

Trad y Greenblatt (1990) definen al estrés como un factor físico, químico o emocional que ejerce una presión significativa en la habilidad de la persona para funcionar adaptativamente. Explican que cada estresor tiene un significado

particular para el individuo al que afecta y ese significado, así como los elementos que son parte del estresor en sí, constituyen una faceta importante del estrés (además de los cambios fisiológicos que se presentan en el cuerpo).

Garmezy y Masten (1990) describen cuatro factores típicos del estrés para facilitar su comprensión: (1) la presencia de estímulo manifiesto, (2) la capacidad del estímulo para modificar el equilibrio físico y psicológico del organismo, (3) el desequilibrio del organismo es reflejado mediante un estado de excitación marcado por consecuencias neuropsicológicas, cognitivas y emocionales; y (4) los cambios acontecidos alteran la adaptación de la persona.

Rutter (1981) refiere que el concepto de estrés presenta cuatro vertientes: (a) estrés como estímulo (estresor), (b) una fuerza (tensión) que requiere del cambio para adaptarse a ésta, (c) un estado mental (estrés psicológico o excitación), y (c) una forma del cuerpo de reaccionar. El término estrés puede emplearse para referirse a cualquiera de estas vertientes (Rutter, 1981).

Por otra parte, Lazarus (1993b) expone cuatro conceptos que deben ser considerados para entender el proceso de estrés y al término en sí mismo: (a) un agente causal interno o externo, el cual ha sido denominado como estresor o estrés, dependiendo del autor; (b) un proceso de evaluación que distingue entre lo que es amenazante o nocivo de lo que es benigno; (c) procesos de afrontamiento empleados por la mente o el cuerpo para lidiar con las demandas estresantes; y (d) un patrón complejo de efectos en el cuerpo y mente, al cual comúnmente han denominado como reacción de estrés.

A partir de las definiciones expuestas por diversos autores y sus investigaciones realizadas, el estudio del estrés se ha dividido en tres perspectivas teóricas para ahondar en su comprensión: (a) estrés como estímulo, (b) estrés como respuesta, y (c) estrés como interacción estímulo-respuesta (Anisman, 2014; Carlson, 2006; Diaz, 2005; Fernández, 2007; Hernández, 2011; Trianes, Blanca, Fernández, Espejo & Maldonado, 2012).

Estrés como estímulo.

El estrés como estímulo, o estresores, se refiere a las situaciones o eventos que alteran el equilibrio fisiológico y psicológico de las personas (Anisman, 2014; Carlson, 2006; Diaz, 2005; Fernández, 2007; Oros & Vogel, 2005; Trianes et al., 2012). En otras palabras, los estresores son situaciones o eventos que provocan estrés (Smith & Carlson, 1997). Los estresores pueden causar excitación del cuerpo como resultado de la novedad, incertidumbre o disgusto y no necesariamente debido a alguna amenaza o reto de carácter fisiológico (Rutter, 1981). Los estresores varían en intensidad y pueden ser originados tanto por la persona como por su contexto (Smith & Carlson, 1997). Así pues, todos los agentes endógenos o exógenos que generan demandas crecientes sobre la actividad vital, en particular la adaptación a nuevas situaciones, se denominan estresores (Selye, 1976).

Selye (1976) enfatizó que no importa si los estresores resultan placenteros o desagradables para la persona, sino que lo importante es la intensidad de la

demanda para adaptarse a ellos. Dos eventos diferentes, novedosos, o poco frecuentes que pudieran generar dos emociones contrarias, por ejemplo, tristeza y alegría, pueden ser considerados estresores, pues en ambos casos existe la demanda no específica de adaptarse a una nueva situación. No obstante lo mencionado por Selye, la mayoría de los autores estudian a los estresores en cuanto a su carácter negativo, o no placentero, no respecto a sus posibles aspectos positivos (Everly & Lating, 2002).

Diversos autores han diferenciado a los estresores en varias categorías, por ejemplo, Nezu, Nezu y D´Zurilla (2014) distinguen dos tipos: a) mayores, que se refieren a acontecimientos de carácter traumático; y b) menores, que implican problemas cotidianos crónicos.

Similar a estos autores, Trianes, Blanca, Fernández-Baena, Escobar y Maldonado (2012) clasifican a los estresores en tres categorías: a) acontecimientos vitales, los cuales se refieren a situaciones excepcionales, traumáticas, impredecibles e incontrolables que implican cambios relevantes en la vida de la persona y que exigen reajustes adaptativos determinados por parte de ésta; por ejemplo, el fallecimiento de un ser querido; b) estresores crónicos, caracterizados por un incremento en la intensidad de aspectos físicos y sociales del ambiente de la persona, los cuales, como consecuencia, generan una serie de privaciones y desventajas que propician constantes amenazas y cambios para el individuo; por ejemplo, padecer una enfermedad crónica; y c) el estrés cotidiano, el cual implica las demandas frustrantes e irritantes generadas por la interacción

diaria con el medio ambiente; por ejemplo, problemas, preocupaciones y contrariedades que dañan el bienestar emocional y físico de la persona.

Gunar, Doom y Esposito (2015) realizaron una división de los estresores basada en características fisiológicas de éstos. Distinguen dos grandes clases de estresores: (a) estresores sistémicos, y (b) estresores psicogénicos. La primera clase se refiere a estresores que pueden activar al sistema hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) [de suma relevancia en cuanto a la respuesta de estrés], aún en un organismo en coma, esto quiere decir que no requieren que el organismo esté consciente; ejemplos de estos estresores son la pérdida de sangre, infecciones, exposición al calor y frío extremos, entre otros. La segunda, los estresores psicogénicos, son aquellos que requieren procesamiento y elaboración del prosencéfalo, en otras palabras, requieren que el organismo esté consciente.

Por su parte Everly y Lating (2002) diferencian a los estresores en: a) psicosociales; y b) biogénicos. Respecto a los estresores psicosociales, los autores mencionan que éstos se vuelven estresores debido a la interpretación cognitiva que las personas realizan de los eventos, la cual puede ser afectada por variables tales como, componentes de la personalidad y estatus social, entre otras; resaltan que aunque algunos estresores permiten un menor rango de interpretación cognitiva, ya que por sí mismos generan una alteración más intensa en el organismo que otros, dicha interpretación aún tendrá un papel relevante en el ajuste de la persona ante el estresor y servirá para aumentar o mitigar la respuesta de estrés resultante del estímulo; ejemplos de estos estresores pueden ser el tráfico o alguna pelea con un familiar u otra persona cercana. En cuanto a

los estresores biogénicos, los autores mencionan que éstos no requieren de la evaluación cognitiva para asumir su valor como estresores, ya que poseen una inherente cualidad de estimulación, por lo cual tienen un impacto psicológico sin la necesidad de una evaluación cognitiva; entre este tipo de estresores se encuentra el café, el té, la nicotina o las anfetaminas.

Como se puede apreciar, aunque es posible clasificar a los estresores en diversas categorías, resulta complejo determinar qué puede considerarse como estresor para cada individuo (excepto por aquellos que son inherentemente estimulantes), pues la percepción de los estresores variará según las personas y los contextos en los que se desenvuelven. Aún cuando dos o más individuos perciban a un estresor de manera similar, sus respuestas emocionales, conductuales y biológicas no serán las mismas y, por lo tanto, diferentes reacciones psicológicas (incluyendo patologías) se presentarán y evolucionarán con el tiempo (Anisman, 2014).

Estrés como respuesta.

El estrés como respuesta implica las reacciones fisiológicas, emocionales y conductuales que experimenta la persona ante los estresores (Anisman, 2014, Fernández, 2007; Hernández, 2011; Trianes et al., 2012). La respuesta del organismo ante los efectos de los estresores depende de tres componentes: (a) respuesta endócrina estereotipada, (b) propiedades específicas de los estresores, y (c) factores del condicionamiento del cuerpo (Selye, 1976).

Respuesta endócrina estereotipada.

La respuesta endócrina estereotipada se refiere a los cambios bioquímicos, funcionales y estructurales que tiene cualquier cuerpo ante todo estresor (Rutter, 1981; Selye, 1976); ésta se denomina “respuesta no específica” o “primer mediador” (Selye, 1976).

Como se mencionó al comienzo de este capítulo, Selye (1976) denominó como Síndrome de Adaptación General (S.A.G.) a los signos invariables del estrés, o bien, a la respuesta endócrina estereotipada del cuerpo ante los estresores. El autor describió al SAG como un proceso de tres etapas o fases: (a) reacción de alarma, (b) adaptación o resistencia, y (c) agotamiento.

La etapa de reacción de alarma es la respuesta inicial del cuerpo para defenderse ante ciertos estímulos nocivos. En caso de que el organismo logre resistir a las primeras exposiciones del estímulo nocivo, sobreviene la etapa de adaptación, durante la cual prácticamente desaparecen los signos característicos de la reacción de alarma. En caso de que el organismo se mantenga ante una exposición severa, repetida y prolongada del estímulo nocivo luego de la segunda etapa, se pierde la adaptación y el organismo entra en la fase de agotamiento, durante la cual los signos de la reacción de alarma reaparecen, siendo en esta ocasión irreversibles, por lo que el individuo muere.

El sistema clave para comprender la biología del estrés, o bien, la respuesta endócrina estereotipada, es el eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA), ya que es el encargado de la producción de cortisol, que es una hormona esteroide, la cual actúa en todo el cuerpo, siendo el cerebro uno de los principales objetivos de sus acciones (Gunar, Doom & Esposito, 2015; Huffman & del Carmen, 1990; Selye, 1976).

El cortisol resalta como el factor más relevante en cuanto a los efectos negativos del estrés debido a que esta hormona es la única que no se presenta en situaciones estresantes positivas, o bien, que son descritas como placenteras (Gunar, Doom & Esposito, 2015; Rutter, 1981). No obstante, es importante resaltar que el cortisol no es la única hormona que actúa en respuesta ante estresores, ni el sistema HPA es el único que se activa ante éstos.

El cortisol tiene un papel relevante a lo largo del desarrollo del ser humano (Carlson, 2006; Gunar, Doom & Esposito, 2015), sobre todo en las primeras etapas: prenatal, infancia y niñez (Gunar, Doom & Esposito, 2015). No obstante, es importante que los niveles de cortisol sean estrictamente regulados, pues incrementos en la producción típica de cortisol (niveles basales) pueden incrementar, de manera crítica, sus efectos negativos (Carlson, 2006; Gunar, Doom & Esposito, 2015), los cuales, por ejemplo, pueden ocasionar elevación del ritmo cardíaco y presión sanguínea (Gunar, Doom & Esposito, 2015; Fernández, 2007), alterar la producción de diversos neurotransmisores, como la adrenalina y la serotonina (Fernández, 2007; Gunar, Doom & Esposito, 2015), afectar al

desarrollo del tejido muscular y al crecimiento, entre muchos otros (Carlson, 2006; Gunar, Doom & Esposito, 2015).

Propiedades específicas de los estresores.

El segundo componente implica las propiedades específicas de los estresores, lo cual indica que cada agente tiene ciertas características que actuarán de determinada manera en el cuerpo (Selye, 1976.). Algunos estresores afectan de tal manera a las personas que logran cambiar el curso de su desarrollo, en otras palabras, lo programan, sobre todo cuando se presentan en etapas tempranas de la vida (Gunar, Doom & Esposito, 2015).

En un apartado posterior del presente capítulo se abordarán algunos de los efectos particulares de los estresores en la vida de los niños.

Factores del condicionamiento del cuerpo.

El tercer componente se refiere a los factores del condicionamiento endógeno (por ejemplo la edad, sexo y predisposición genética) y exógeno (tratamientos hormonales, ingesta de sustancias químicas, experiencias, por ejemplo) del cuerpo, los cuales impactan en su reactividad ante los estresores (Selye, 1976). Aún cuando todos los estresores tienen un efecto endócrino específico sobre el organismo, éstos no producen la misma respuesta en todas las

personas (Rutter, 1981; Selye, 1976), ya que ésta se encuentra modulada por el condicionamiento del cuerpo (Selye, 1976), el cual impacta en las distintas formas en las que las personas perciben un evento y la respuesta emocional y conductual que tienen ante éste (Gunar, Doom & Esposito, 2015; Rutter, 1981).

Así pues, algunas personas reaccionarán emocionalmente con enojo, ansiedad o tristeza ante algún estresor, quizá también lleguen a presentar alguna reacción motriz, como es el caso de temblores, parálisis o hiperquinesia, y también podrán reaccionar teniendo pensamientos irracionales o elaborando estrategias para enfrentar al estresor (Fernández, 2007).

Este tercer componente resulta de suma importancia, pues comprender las diferencias individuales en cuanto al impacto de los estresores en el cuerpo ayudará a mejorar los procesos mediante los cuales se apoya a la recuperación de las víctimas del estrés (Gunar, Doom & Esposito, 2015; Rutter, 1981).

Estrés como interacción estímulo-respuesta.

Por último, en cuanto al estrés como interacción estímulo-respuesta, según el enfoque transaccional de Lazarus y Folkman (1986), éste implica una relación particular entre la persona y su medio, la cual es evaluada por el individuo como una amenaza para sus recursos y que pone en peligro su bienestar.

El modelo teórico de Lazarus y Folkman (enfoque transaccional) enfatiza que el estrés está determinado por el estímulo ambiental, las características de la

persona y la evaluación que realiza el individuo acerca de las demandas que tiene el estímulo sobre su persona (Belloch, Sandín & Ramos, 2009; Hernández, 2011; Hernández & Gutiérrez, 2012; Richaud de Minzi, 2006).

Lazarus (1993b) menciona que la evaluación es el proceso cognitivo que media, o negocia activamente, por un lado, con la demanda, restricciones y los recursos disponibles del medio, y por otro lado, con la jerarquía de objetivos y las creencias de la persona. La evaluación regula la reacción de estrés y está influenciada por variables ambientales e internas de la persona.

El estrés resultante de la evaluación cognitiva al que refiere Lazarus (1993b) es el estrés psicológico, el cual considera que es una reacción ante diversos tipos de amenazas y daños hacia la persona, que surgen de la relación ambiente-persona. Para Lazarus (1993b), el estrés psicológico debería ser considerado dentro del marco teórico de las emociones.

Lazarus y Folkman (1986) describen tres procesos evaluativos para cada situación estresante: 1) evaluación primaria, que se refiere al significado que asigna la persona a la situación; 2) evaluación secundaria, donde se valoran las opciones o recursos de afrontamiento disponibles; y 3) evaluación terciaria, que implica la valoración de los resultados.

Así pues, las personas se estresan cuando realizan, primero, una evaluación subjetiva de la existencia de un estímulo ambiental amenazante y, a continuación, de la inexistencia de habilidades o recursos para afrontarlo de una

manera adecuada (Oros & Vogel, 2005; Trianes, Blanca, Fernández, Escobar, Maldonado & Muñoz, 2009).

De esta forma, aún cuando existen eventos que son aversivos por sí mismos, éstos no necesariamente generarán que una persona experimente reacciones de estrés psicológico, ya que el proceso de evaluación cognitiva, que depende de las características individuales de cada persona, permitirá identificar y diferenciar situaciones favorables y desfavorables para hacerle frente a los eventos potencialmente estresantes (Oros & Vogel, 2005). Así pues, si dos o más individuos fueran expuestos ante un mismo evento aversivo, quizá algunos experimenten estrés y otros no (Trianes et al., 2009).

Es posible que uno de los aportes más importantes del enfoque transaccional sea que la percepción de los estímulos amenazantes (o estresores) depende de las características de los individuos, ya que cada persona se diferencia en la forma de evaluar la realidad, por lo tanto, un mismo estímulo puede ser evaluado de varias maneras dependiendo de la percepción de cada uno (Oros & Vogel, 2005).

Estrés y niñez

El estrés es un fenómeno universal entre los humanos que afecta a las personas durante toda su vida (Huffman, del Carmen, 1990; Rew, Principe & Hannah; 2012). Las vulnerabilidades y fortalezas frente al estrés están mediadas

por el desarrollo, por lo que se enfatiza la importancia de estudiar al estrés desde esta perspectiva, para así conocer los estresores y efectos específicos que tiene el estrés en cada etapa del ciclo vital (Arnold, 1990).

A pesar de lo antes mencionado, el estudio del estrés, en su mayoría, se ha llevado a cabo en población adulta (Fernández, 2007; Rew et al., 2012). Gunar, Doom y Esposito (2015) destacan que hasta el momento no existe una teoría específica dedicada al análisis del estrés desde una perspectiva del desarrollo, por lo que no se conoce, con precisión, cómo el estrés se ve involucrado en las etapas de la niñez y adolescencia. Las autoras comentan que aunque algunas teorías del estrés han sido aplicadas a población infantil y adolescente, éstas no son adecuadas para comprender el desarrollo del estrés en estas etapas, pues están basadas en investigaciones realizadas en adultos.

Las investigaciones acerca del estrés en la niñez y adolescencia son relativamente recientes, las cuales han cobrado importancia en el campo de la Psicología en los últimos 20 años (Fernández, 2007; Lucio, 2014; Trianes, et al., 2009), especialmente para la predicción de psicopatología en estas etapas (Trianes et al., 2012)

Si bien resulta claro que los niños no han experimentado tantas vivencias como los adultos, particularmente aquellas desagradables (Rew et al., 2012), se sabe que los niños no son ajenos al estrés y sus efectos (Garmezy, 1983; Lucio, 2014; Rew et al., 2012), pues es notorio que sus percepciones acerca de diversos eventos vitales y experiencias reflejan que experimentan estrés y la forma en la

que se adaptan a éste (Rew et al., 2012). Así pues, "... resulta difícil negar la existencia del estrés en esta etapa del desarrollo" (Lucio, 2014, p. 10).

A continuación se presentan dos definiciones del estrés enfocadas en la niñez. Como se podrá notar, estas concepciones específicas del estrés no son contrarias a aquellas que explican este concepto de manera general, sin embargo, resulta importante resaltar que algunos teóricos han formulado definiciones específicas para esta etapa del desarrollo.

Smith y Carlson (1997) proponen una definición del estrés enfocada en niños y adolescentes (aunque esta definición específica no es contraria a aquellas que contemplan a todas las etapas del desarrollo), la cual señala que el estrés es un evento o situación, o la combinación de diversas situaciones, que representan una demanda para el niño o el adolescente, la cual excede sus capacidades para responder de manera cómoda.

Por su parte, Arnold (1990) señala que el estrés en los niños puede ser definido como cualquier intrusión en las experiencias físicas o psicosociales cotidianas del niño, que crónica o repentinamente afectan al equilibrio fisiológico y/o psicológico, amenazan la seguridad, o distorsionan el desarrollo físico y/o psicológico del niño; así como las consecuencias psicofisiológicas provocadas por tales intrusiones.

Previo a conocer algunos de los estresores típicos de la niñez y el impacto negativo que pueden tener en los niños, se considera importante tener en cuenta que aunque la literatura moderna se ha enfocado en los aspectos negativos del

estrés (Everly & Lating, 2002), éste puede tener efectos benéficos cuando se presenta en cantidades moderadas (APA, 2016; Everly & Lating, 2002; Landy, 2009; Nezu et al., 2014; Martínez-Otero, 2012), apoyando al desarrollo (Zimmer-Gembeck, Lees, Bradley & Skinner, 2009). Ejemplos de los beneficios del estrés pueden ser que éste sirva como motivación para hacerle frente a desafíos cotidianos, tal es el caso de un examen o alguna tarea (APA, 2016; Everly & Lating, 2002; Landy, 2009; Martínez-Otero, 2012); que altere la sensibilidad al estrés en etapas posteriores, aumente la confianza (Zimmer-Gembeck et al., 2009) y modifique los estilos de afrontamiento que los niños emplean para protegerse de los estresores (Rutter, 1981; Zimmer-Gembeck et al., 2009).

Por otra parte, cabe resaltar, tal como Selye (1976) explicó, que no existe una enfermedad que pueda ser atribuida exclusivamente al estrés o a algún estresor. En algunas enfermedades el estrés tiene un papel de mayor importancia, mientras que en otras será de menor relevancia, o en otras no tendrá rol alguno. Actualmente no se considera al estrés como un factor causal para el desarrollo de patologías, sino como un factor de riesgo (Lucio, 2014).

Finalmente, es relevante resaltar que a pesar de que se conoce que los estresores, por sí mismos, pueden provocar efectos negativos en los niños (y en todas las personas), el impacto que éstos tengan dependerá, en gran medida, de cómo cada niño reaccione emocionalmente, afronte los estresores y, quizá más relevante, la evaluación que se realiza de una situación, la cual puede determinar si ésta es o no estresante (Zimmer-Gembeck et al., 2009).

Estresores que afectan a los niños.

Oros y Vogel (2005) señalan que existen diversos estresores que pueden impactar tanto a los niños como a los adultos, y otros que son específicos de la niñez. La forma en la que los estresores afectan a los niños y las reacciones que tienen ante éstos se encuentran moduladas por las características de la etapa del desarrollo (Lucio, 2014; Oros & Vogel; 2005).

Nezu et al. (2014) distinguen que los niños pueden enfrentarse a estresores menores, como enfermedades leves o mudanzas continuas; y a estresores mayores, muy traumáticos, como el abuso sexual y/o emocional, el bajo nivel socioeconómico, discriminación racial, falta de recursos físicos, desastres naturales y el acoso.

Smith y Carlson (1997) diferencian dos tipos de estresores que afectan a los niños y adolescentes: agudos y crónicos. Los estresores agudos implican eventos vitales mayores, tanto ordinarios como inusuales. Los estresores agudos ordinarios implican sucesos que experimentan la mayoría de los niños y adolescentes, como es el caso de entrar a una nueva escuela o discusiones con sus padres; en cambio, los estresores agudos inusuales se refieren a eventos que no les ocurren a todos los niños y adolescentes, por ejemplo, enfermedades serias de alguno de los padres, experimentar algún desastre natural, la muerte de uno de los padres (o los dos), divorcio o separación de éstos, o mudarse de casa. Los estresores crónicos, que se refieren a eventos que ocurren de forma constante, pueden ser el abuso, negligencia, discriminación o la exposición a la violencia.

Cabe señalar que estos autores hacen énfasis en el modo particular en que los estresores afectan a los adolescentes, sin embargo, ya que el presente trabajo se centra en los niños, no se hace mención de tales diferencias.

Similar a Smith y Carlson (1997), Trad y Greenblatt (1990) clasifican a los estresores que afectan a los niños en tres categorías. La primera son los estresores crónicos, los cuales se presentan de manera constante, al menos por un periodo de tiempo, en la vida de los niños. Los autores señalan que la mayoría de estos estresores son provocados por las personas que rodean a los niños, por ejemplo, vivir en condiciones de privación, pobreza o con algún cuidador que padezca alguna enfermedad mental; entre estos estresores también se encuentran las enfermedades crónicas o las discapacidades. La segunda categoría, estresores agudos, se refiere a experiencias traumáticas, las cuales son excepcionales, y a eventos comunes de gran intensidad y corta duración; ejemplos de este tipo de estresores son las lesiones, cualquier tipo de accidentes, el divorcio de los padres, o separar a los niños de éstos, las guerras y el terrorismo. La tercera categoría son los estresores neutros, éstos implican todo tipo de eventos que la mayoría de los niños experimentan, como es el caso del nacimiento de un hermano, comenzar a ir a la escuela o cambiar de ésta, y mudarse. Este tipo de estresores tienen un mínimo efecto nocivo por sí mismos, de tal manera que la forma en la que afecten a los niños dependerá, en su mayoría, de la percepción del niño. Cabe señalar que algunos estresores pueden ser considerados tanto crónicos como agudos, dependiendo de la frecuencia con la que ocurran; por ejemplo, el abuso sexual puede ser crónico si se presenta de

manera constante, pero sí sólo ocurre una vez, puede ser catalogado como agudo.

Arnold (1990) divide al estrés en cinco categorías según las fuentes que lo provocan: (a) físicas, por ejemplo, accidentes, lesiones, eventos iatrogénicos y algunos tipos de abuso sexual; (b) químicas, tal es el caso de exposición a nicotina, fármacos o alcohol (en la niñez o durante la etapa fetal), drogas o alimentos alterados; (c) biológicas, como discapacidades, infecciones, malnutrición; (d) psicológicas, por ejemplo, ausencia (incluye fallecimiento y divorcio) de los padres o enfermedades mentales de éstos, abuso sexual y emocional, y amenazas de violencia y catástrofes; y (e) socioeconómicas/culturales, entre estos se encuentra la discriminación, contradicciones en el rol social, pobreza (familiar), violencia como tradición familiar, competición. El autor explica que los estresores actúan aditiva y sinérgicamente, lo cual implica que éstos operan como un conjunto. Además, expresa que uno o varios estresores pueden generar otras fuentes de estrés o agravar las ya existentes.

Trianes et al. (2009) destacan algunas áreas de estresores cuya vivencia puede amenazar el desarrollo de los niños: (a) enfermedades, procedimientos médicos y sucesos que hacen referencia a preocupación por la imagen corporal; (b) sucesos en el terreno académico, como tareas excesivas, problemas de interacción con profesores, dificultades de aprendizaje y bajas calificaciones; (c) dificultades en las relaciones con iguales, tal es el caso de falta de aceptación de los iguales, peleas, situaciones de ridiculización, competitividad y envidia respecto

a logros académicos; y (d) sucesos negativos en el ambiente familiar, como dificultades económicas, falta de supervisión de los padres o soledad física.

Martínez-Otero (2012) identifica diversos factores estresantes en el periodo escolar (aproximadamente entre los seis y doce años de edad), entre los cuales distingue la exposición de los niños a situaciones de maltrato, separación o divorcio de los padres; penuria económica, enfermedades crónicas, problemas en el ambiente educativo, entre otros. Este autor agrupa a los estresores que afectan a los niños durante este periodo en cinco sectores: (a) personal, destacando estresores como excesiva inhibición, falta de habilidades sociales o baja autoestima; (b) familiar, donde se ubican estresores tales como autoritarismo o sobreprotección por parte de los padres, así como relaciones disfuncionales entre familiares; (c) escolar, que incluye estresores como las malas relaciones interpersonales y la gestión institucional predominantemente rígida y vertical; (d) social, en el que se encuentran estresores como problemas económicos en la familia y vivir en un entorno hostil; y (e) salud, que presenta estresores tales como enfermedades, sobre todo crónicas, así como hospitalizaciones y procedimientos médicos.

Rutter (1981) distingue algunos de los estresores que afectan con mayor frecuencia a los niños: presencia de un ambiente familiar conflictivo, rechazo y/o negligencia por parte de los padres, así como divorcio y patologías físicas y mentales de éstos; separar a los niños de sus principales figuras de apego (incluyendo muerte de éstas), o no permitirles que formen nuevos lazos de apego; el nacimiento de un hermano, las condiciones que se tienen al ser criado en

instituciones y el ingreso a hospitales. Estos estresores, o experiencias adversas, incrementan de manera substancial el riesgo de que los niños desarrollen un desorden psiquiátrico, enuresis, trastornos del sueño, problemas conductuales y emocionales, así como problemas en la relación madre-hijo.

Zimmer-Gembeck, Lees, Bradley y Skinner (2009) describen que entre los diversos eventos estresantes significativos a los que se enfrentan los niños en su vida diaria, los estresores interpersonales son de los más frecuentes y sobresalientes. Ejemplos de este tipo de estresores son los problemas en la relación padre-hijo, tal es el caso de regaños y castigos, peleas y presiones por parte de los padres respecto al desempeño escolar; dificultades en las relaciones con los amigos, como peleas o que un amigo se mude del lugar donde vive; y conflictos en la relación entre hermanos, por ejemplo, peleas y burlas.

Otros estresores que Zimmer-Gembeck et al. (2009) mencionan son aquellos relacionados con el desempeño académico, como tener mucha tarea, u obtener malas calificaciones; y procedimientos médicos, por ejemplo, ser operado. Las autoras mencionan que estos estresores, determinados como “no interpersonales”, tienden a ser menos referidos por los niños como fuentes de estrés que los estresores interpersonales.

Como se puede observar, existen diversos estresores que afectan de manera específica a los niños, los cuales han sido clasificados de distintas maneras. Estas clasificaciones, aunque difieren entre sí en cuanto a las

denominaciones de las diferentes áreas o sectores en las que las separan, hacen referencia a estresores similares.

Efectos negativos del estrés en los niños.

Típicamente, el estrés suele describirse como una sensación de agobio, preocupación y agotamiento. De manera general, se sabe que el estrés excesivo tiene un impacto negativo en la salud tanto física como mental de las personas, sin importar el rango de edad, género y circunstancias personales (APA, 2016). El estrés puede contribuir a ocasionar enfermedades gastrointestinales, por ejemplo, úlceras pépticas, colitis ulcerosa y síndrome del intestino irritable, entre otras; también puede afectar el sistema cardiovascular, provocando hipertensión, migrañas y la enfermedad de Raynaud; de igual manera, afecta al sistema respiratorio, siendo el estrés un factor para que se desarrollen enfermedades como el asma bronquial, el síndrome de hiperventilación e incluso algunas alergias; así mismo, la piel se puede ver afectada por el estrés mediante la aparición de acné y psoriasis, entre otras condiciones; finalmente, el estrés puede generar diversos trastornos psicológicos, como episodios psicóticos breves, trastorno de estrés postraumático, además de algunos trastornos de ansiedad y afectivos, como depresión (Anisman, 2014; APA, 2016; Everly & Lating, 2002).

En el caso de los niños, debido a que no perciben las situaciones de la misma manera que los adultos y que presentan algunas dificultades para saber y describir cómo se encuentran, ha resultado complicado distinguir la forma en que

son afectados por los estresores (Anisman 2014; Martínez-Otero, 2012). No obstante, los efectos que tiene el estrés en la salud en los niños son conocidos.

Debido a que los recursos emocionales, cognitivos y sociales de los niños no se encuentran tan bien desarrollados como los de los adultos, el estrés constante o agudo tiene un impacto inmediato en su bienestar (Anisman, 2014): aumenta el riesgo de consecuencias negativas a nivel biológico y afecta las habilidades de afrontamiento del niño (Nezu et al., 2014); además, éstas consecuencias inmediatas tendrán repercusiones importantes en el bienestar a largo plazo, afectando las respuestas biológicas ante el estrés en la adultez (Anisman, 2014; Nezu et al., 2014), la forma en la que se afrontarán los estresores y la resistencia que se tendrá ante éstos (Rutter, 1981). Al respecto, Nezu et al. (2014) refieren, a partir de la revisión de diversos estudios, que

... El estrés vital temprano provoca una hiperactividad y una sensibilización persistente y crónica en varios sistemas de neurotransmisores (como, por ejemplo, el factor liberador de corticotropina) que desemboca en una mayor reactividad endocrina, autonómica y conductual. Esta es una vulnerabilidad que, en condiciones de estrés vital continuo, puede provocar, en el adulto, depresión y trastornos de ansiedad. (p. 43).

Landy (2009) identificó diversos efectos negativos del estrés en el desarrollo de los niños, por ejemplo: afecta el desarrollo químico y estructural del cerebro, generando cambios que destruyen sinapsis, lo cual puede resultar en

déficits de diversos procesos cognitivos, como la memoria. En caso de que los estresores sean crónicos, pueden llegar a afectar el sistema inmune, lo que puede resultar en una gran susceptibilidad ante diversas enfermedades físicas y mentales.

Lucio (2014) refiere que los niños que experimentan altos niveles de estrés pueden mostrar síntomas como: llanto, sudoración en las palmas de las manos, dolores de cabeza y estómago, alteraciones de sueño, cambios en los hábitos alimenticios, fracaso escolar, irritabilidad, arrebatos y comportamientos nerviosos, tal es el caso de tricotilomania, onicofagia, dermatofagia, rechinar los dientes o chupar partes del cuerpo y objetos, entre otros. De la Fuente et al. (2014) enfatizan el impacto negativo que puede tener el estrés en el ambiente escolar, pues la respuesta de estrés interfiere en los procesos cognitivos y motivacionales durante el aprendizaje y el estudio.

Respecto al impacto del estrés en la niñez, Martínez-Otero (2012) identificó diversos síntomas divididos en tres áreas: 1) psicológicos: desmotivación, desinterés, irritabilidad, ansiedad, tedio, disminución de la capacidad para concentrarse, errores en memoria y labilidad afectiva; 2) físicos: alteraciones del sueño, pérdida o aumento de peso, cefaleas, problemas digestivos y malestar en general; y 3) conductuales: rechazo de la escuela, disminución del rendimiento, aumento de los errores, incumplimiento de tareas, empeoramiento de las relaciones con los compañeros o profesores.

Gunar, Doom y Esposito (2015) señalan que las psicopatologías más comunes que desarrollan los niños ante los estresores son el trastorno por estrés post-traumático, trastorno depresivo y trastornos de la conducta disruptiva.

Hasta el momento se han explorado efectos negativos generales del estrés en los niños. A continuación se abordará tal efecto de algunos de los estresores que, de acuerdo con la literatura revisada, tienden a presentarse con mayor frecuencia en la niñez, en función de la edad y el sexo (Arnold, 1990; Barton & Zeanah, 1990; Rutter, 1981).

Zimmer-Gembeck, Lees, Bradley y Skinner (2009) mencionan que, en general, los niños pequeños tienden a presentar mayores niveles de estrés que los mayores. En parte esto se debe a que en la niñez media, las relaciones con los pares se vuelven más importantes y éstas son una de las fuentes más relevantes de apoyo durante dicha etapa y posteriores. Además, debido a que los niños mayores tienen una mejor capacidad para regular sus emociones, éstos tienden a presentar niveles de estrés más bajos que los niños menores.

En cuanto al sexo, por lo regular las niñas tienden a reportar sentir más estrés que los niños ante eventos aversivos (Zimmer-Gembeck et al., 2009). Esto puede deberse a características biológicas de cada sexo, lo que ocasiona que las niñas, en general, experimenten más estrés que los niños (Rutter, 1981; Zimmer-Gembeck et al., 2009); por otra parte, también es posible que se deba a las diferencias en el trato que los padres tienen con los niños y niñas. Con los niños, los papás tienden a ser menos solidarios para apoyarlos en sus intentos por

afrontar situaciones estresantes, o a responder de manera negativa ante las reacciones que tienen ante tales situaciones; es posible que este tipo de trato no favorezca que los niños comenten que perciben estrés (Rutter, 1981).

Abuso.

El abuso es una de las experiencias potencialmente traumáticas para los niños más intensas que existen, las cuales pueden acarrear diversos efectos negativos (Gunar, Doom & Esposito, 2015).

El abuso es una de las posibles experiencias más estresantes durante la niñez, particularmente cuando es realizado por un cuidador principal (Barton & Zeanah, 1990; Johnson & Cohn, 1990), además es de las más frecuentes. El abuso, ya sea físico, sexual, emocional o negligencia, genera consecuencias a nivel físico y emocional, las cuales varían de acuerdo con el tipo de abuso. Las consecuencias a nivel físico se refieren a lesiones, en el caso de las consecuencias emocionales, éstas comprenden una mayor variedad, algunos ejemplos son conductas agresivas, ansiedad, aislamiento, pena, conductas sexuales inapropiadas, tristeza, depresión, culpa, entre muchas otras (Barton & Zeanah, 1990; Johnson & Cohn, 1990).

Además de las consecuencias propias del abuso como estresor, éste puede generar otros estresores, como podría ser que los niños vayan a vivir a alguna institución u hogar adoptivo como resultado del contexto en el que vive; además,

es posible que los padres, cuando son los abusadores, sean encarcelados, lo cual también genera estrés en los niños (Johnson & Cohn, 1990).

Ser testigo de violencia (tipo de abuso) por parte de un cuidador hacia otro, o hacia un abuelo es un estresor importante ya que amenaza la seguridad y estabilidad del contexto familiar del niño, y distorsiona su percepción acerca de lo que es malo y bueno (Arnold, 1990; Johnson & Cohn, 1990).

Bajo nivel socioeconómico.

La posición socioeconómica es un factor contextual asociado con diversas condiciones adversas. Existe amplia evidencia de que el nivel socioeconómico que tienen los niños puede predecir el estado de salud durante la niñez y de etapas posteriores (Gunar, Doom & Esposito, 2015).

Los niños que viven en familias con bajo nivel socioeconómico experimentan un ambiente caracterizado por poco apoyo por parte de los padres (Toomey & Christie, 1990), condición que es sumamente negativa en la niñez (Gunar, Doom & Esposito, 2015); además tienden a experimentar la frustración que vive la familia al subsistir ante tales circunstancias (Toomey & Christie, 1990).

Diversos estudios han encontrado que un nivel socioeconómico bajo durante la niñez se asocia con altos niveles de cortisol por arriba del rango basal, lo cual predice que existirán altos niveles de tal hormona durante la etapa adulta (Gunar, Doom & Esposito, 2015). Se ha demostrado que los niños que viven bajo

estas condiciones tienden a presentar un pobre desarrollo en el lenguaje, baja autoestima, pobre desempeño escolar, tristeza, miedo y ansiedad constantes, inseguridad y conductas dependientes (Toomey & Christie, 1990). Vivir bajo este tipo de condiciones afecta a los niños y niñas de todas las edades.

Por último, se refiere que vivir en un nivel socioeconómico bajo tiende a generar otro tipo de condiciones estresantes para los niños, como es el caso de malnutrición, pobres condiciones sanitarias, rechazo por parte de sus pares (Toomey & Christie, 1990) y enfermedades mentales de los padres (Gunnar, Doom & Esposito, 2015; Toomey & Christie, 1990).

Ambiente escolar.

Los principales estresores a los que se enfrentan los niños al ingresar al ambiente escolar son: aceptar nuevas figuras de autoridad, relacionarse con otros niños, encontrarse con nuevas demandas, como son trabajos, tareas y exámenes, el éxito y fracaso, siendo estos últimos cinco factores los que más destacan como estresores en el ámbito escolar; y, en el particular caso de los niños preescolares y de algunos niños al ingresar a la primaria, separarse de los padres (Jones & Milburn, 1990).

Los principales síntomas que experimentan los niños ante las vivencias estresantes en el ámbito escolar son miedo intenso y ansiedad (Jones & Milburn, 1990). En el particular caso de la separación, los niños llegan a experimentar

elevación del ritmo cardiaco, llanto y expresiones afectivas negativas; signos que se atenúan cuando los niños se reencuentran con los padres (Barton & Zeanah, 1990).

Durante la niñez intermedia y tardía, los niños suelen tener mayor miedo al éxito, en cambio, durante la niñez temprana este no resulta relevante. Es posible que esto se deba a que en estas etapas las relaciones con los pares se vuelven particularmente importantes, de tal manera que se experimenta miedo a ser exitosos pues esto implica competir con los pares, lo cual puede ocasionar problemas en las relaciones entre amigos (Jones & Milburn, 1990).

Respecto a diferencias por sexos, éstas no resultan relevantes para este periodo del desarrollo, pero sí en etapas posteriores, como en la adolescencia tardía, etapa en la que las mujeres llegan a presentar mayor miedo al éxito cuando tratan de acceder a carreras que no se consideran propias del sexo (Jones & Milburn, 1990).

En cuanto al miedo al fracaso, éste resulta similar para niños y niñas. La percepción que tengan los menores acerca de por qué fracasan tiene el rol determinante para que experimenten el fracaso como un estresor. Cuando los niños tienden a percibir al fracaso como el resultado de la falta de habilidades, el éste genera estrés (Jones & Milburn, 1990).

Respecto a la ansiedad ante los exámenes, ésta está directamente relacionada con los miedos al fracaso y al éxito. Los niños, al ser evaluados,

perciben que sus habilidades son puestas a prueba, lo que implica tanto la posibilidad de tener miedo al éxito como al fracaso (Jones & Milburn, 1990).

Nacimiento de un hermano.

Respecto al nacimiento de un hermano, tanto los niños menores (etapa preescolar) como los mayores (etapa escolar) son propensos a experimentar estrés (Rutter, 1981).

Los niños preescolares tienen una mayor probabilidad de experimentar estrés ante el nacimiento de un hermano que los niños escolares. Esto se debe a que los niños menores perciben al recién nacido como un rival, ya que la mamá tiende a pasar más tiempo con éste, dejando de atender al primogénito. Tales condiciones suelen provocar alteraciones en el comportamiento del primer hijo, como es la aparición de conductas negativistas, desafiantes y demandantes (Barton & Zeanah, 1990; Rutter, 1981), pérdida de control de esfínteres, miedo y tristeza constante y chuparse el dedo (Barton & Zeanah, 1990), estas alteraciones generan cambios negativos en la relación madre-primero hijo (Barton & Zeanah, 1990).

Los niños escolares suelen verse menos afectados por el nacimiento de un hermano debido a que la diferencia de edad entre el primogénito y el recién nacido disminuye la probabilidad de que el hijo mayor perciba a su nuevo hermano como una amenaza. Esto se debe, en parte, a que es posible que los niños mayores

pueden apoyar en los cuidados del recién nacido, lo cual ayuda a la autoestima del primogénito, pues refuerza su papel de hijo mayor; por otra parte, ya que es poco probable que las pautas de interacción entre el primogénito y sus padres se vean alteradas, así como tampoco sus actividades lúdicas, debido a que un hijo mayor depende menos de sus padres en ese sentido, los niños mayores no percibirán a su nuevo hermano como un rival, lo cual reduce la probabilidad de experimentar estrés. En cuanto a las diferencias de sexo ante el nacimiento de un hermano, los niños presentan un incremento en el uso de la huida como método de afrontamiento a diferencia de las niñas; fuera de eso, no se identifican otras diferencias relevantes (Rutter, 1981).

Divorcio de los padres.

El divorcio de los padres provoca estrés, en general, debido al cambio en la estructura familiar y en la manera de relacionarse entre los miembros de la familia, particularmente las relaciones entre el niño y sus padres. También existen diversos estresores relacionados con el divorcio que acontecen previo al hecho en sí, como son las peleas entre los padres, separaciones intermitentes entre éstos y el proceso legal del divorcio. Los efectos del estrés se pueden presentar de manera inmediata al divorcio y a los factores relacionados con éste, o bien tiempo después (Arnold & Carnahan, 1990).

Los niños y niñas de todas las edades se ven afectados por la separación de los padres, aunque lo menores de seis años reciben un mayor impacto,

probablemente debido a que tienen menor capacidad para hacerle frente a los eventos (Arnold & Carnahan, 1990). En el caso particular de los varones, las consecuencias negativas del divorcio de los padres se expresan de manera más severa y prolongada en ellos, por ejemplo, tienden a comportarse de manera más agresiva ante los conflictos de los padres que las niñas (Rutter, 1981).

De los principales efectos negativos que presentan los niños ante la separación de los padres, destacan sentimientos de miedo, tristeza, abandono, culpa, ansiedad y enojo, así como aumento de conductas agresivas. Estas reacciones tienden a ser más intensas en niños preescolares y conforme crecen se reducen y luego desaparecen (Barton & Zeanah, 1990).

Algunos de los efectos particulares del divorcio para los niños, de acuerdo con determinados rangos de edad son: (a) en los primeros dos años de edad se presenta miedo, tristeza, frustración, ansiedad de separación y dificultades en las competencias sociales y académicas al entrar a la escuela, esto último principalmente en el caso de los varones; (b) de dos a tres años se muestra un incremento de conductas agresivas, sobre todo en el caso de las niñas; (c) de los cuatro a cinco años, los niños presentan problemas conductuales y las niñas problemas académicos; (d) de los seis a doce años, tanto los niños como las niñas exhiben un importante enojo hacia los padres y experimentan conflictos respecto a la lealtad con éstos (Arnold & Carnahan, 1990).

Ingreso a hospitales.

El ingreso a hospitales es un estresor debido a dos factores generales: separarse de sus padres o cuidadores principales, y debido al contexto específico de los hospitales.

Los niños menores de seis meses son relativamente inmunes a experimentar estrés al ingresar a un hospital debido a que aún no han desarrollado relaciones de apego selectivas, por lo cual no pueden experimentar ansiedad de separación. Por otra parte, los niños mayores de cuatro años son menos vulnerables a experimentar estrés ante esta situación, ya que cuentan con las habilidades cognitivas necesarias (en la mayoría de los casos) para comprender que la separación que viven no implica un abandono o pérdida de la relación, además logran entender los motivos por los cuales son internados en un hospital y las razones por las cuales se realizan diferentes procedimientos médicos que pueden resultar desagradables. Así pues, los niños que presentan mayores riesgos de experimentar estrés ante el ingreso a hospitales, son aquellos entre los siete meses y tres años de edad. Respecto a las diferencias por sexo, los niños se muestran más vulnerables que las niñas ante la posibilidad de experimentar estrés al ingresar a un hospital (Barton & Zeanah, 1990; Rutter, 1981).

Fallecimiento de los padres.

La muerte de uno o ambos padres es uno de los estresores más potentes que se puede vivir durante la niñez, pues predice un pobre desarrollo mental y físico, ya que sus efectos, sobre todo a nivel fisiológico, tienden a generar cambios trascendentales en etapas posteriores del desarrollo (Gunar, Doom & Esposito, 2015).

Las reacciones inmediatas de duelo ante el fallecimiento de los padres son de menor intensidad y duración para niños preescolares que para niños escolares. Es probable que esta diferencia se deba al nivel del desarrollo cognitivo de los niños menores, que trae como consecuencia variaciones en su capacidad para conceptualizar tanto el pasado como el significado de la muerte en sí (Barton & Zeanah, 1990; Garnezy, 1983; Rutter, 1981).

A pesar de que el impacto negativo inmediato del duelo es menor para los niños de edad preescolar, las consecuencias a largo plazo en términos de trastornos psiquiátricos son mayores para éstos (Rutter, 1981). Es posible que tales consecuencias negativas a largo plazo se deban tanto a factores consecuentes de la muerte, como a la muerte misma. Algunos de los factores a los que se enfrentan los niños como consecuencia de la muerte pueden ser el propio rompimiento de la estructura familiar, cambios en las personas que los cuidan y en los roles de los miembros de la familia, problemas financieros y materiales, los efectos del duelo en el padre que aún está vivo y la posibilidad de tener un padrastro o madrastra (Kranzler, 1990; Rutter, 1981).

Los principales efectos en los menores ante la muerte de un padre y a los factores consecuentes son: enojo, ansiedad, tristeza, depresión, irritabilidad, agresividad, dependencia, desinterés, regresión, problemas escolares (Garmezy, 1983; Kranzler, 1990). Los niños tienden a expresar mayor agresividad y arranques de enojo, por su parte, las niñas tienden a mostrarse más tristes o a desarrollar depresión (Kranzler, 1990).

Estresores que afectan el desarrollo fetal.

Finalmente, se hace una mención especial de los estresores relevantes en la etapa fetal, pues estos tendrán un impacto más profundo en etapas posteriores. Existen diversos estresores crónicos y agudos que pueden afectar el desarrollo del feto, entre ellos destacan aquellos directamente relacionados con los cuidados y estado de salud de la madre, pues todo impacto en ésta repercutirá en el feto. Ejemplos de estos estresores son malnutrición, exposición a toxinas, químicos y drogas, accidentes o traumas físicos, y la presencia de un estado mental y emocional negativo de la madre. Entre los posibles efectos negativos que genera el estrés experimentado por la madre en el desarrollo del feto se encuentran: aumento de la probabilidad de nacimiento prematuro, dificultades durante el embarazo, bajo peso del bebé, deformaciones físicas, problemas emocionales durante la etapa escolar y en el desarrollo cognitivo durante el primer año de vida, trastornos del aprendizaje, conducta social desorganizada, (Gunar, Doom & Esposito, 2015; Huffman & del Carmen, 1990).

Resumiendo, el impacto que el estrés puede tener en los niños es vasto, pues no sólo afecta el desarrollo del menor en el momento en que se presentan los estresores, sino que, en caso de ser crónicos e intensos, pueden dejar un impacto negativo duradero a lo largo de la vida de la persona. Además, se destaca que existen algunos estresores propios de la infancia que tienden a presentarse con mayor frecuencia que otros.

Medición del estrés en la niñez

Como se ha establecido hasta el momento, estudiar al estrés desde la perspectiva del desarrollo resulta de suma importancia para entender los particulares efectos de éste en cada etapa. Desafortunadamente, la medición del estrés en niños ha implicado un mayor reto que cuando se realiza en adultos (Martínez-Otero, 2012; Smith & Carlson, 1997). En parte, este mayor reto se debe a las dificultades que tienen los niños para saber y describir cómo se sienten (Martínez-Otero, 2012), además de que sus percepciones acerca de los eventos estresantes son diferentes a la de los adultos (Anisman, 2014). Por otra parte, Zimmer-Gembeck et al. (2009) señalan que el estudio de las reacciones que tienen los niños ante los estresores presenta dificultades tanto metodológicas como teóricas. Las primeras se centran en encontrar formas de presentarles eventos estresantes a los niños, de tal forma que sean significativos de manera personal y al mismo tiempo se puedan comparar entre los diferentes niños. En el

caso de las dificultades teóricas, éstas se concentran en buscar maneras de conceptualizar las características de los eventos que los hacen estresantes.

La medición del estrés infantil se ha enfocado en detectar los estresores que afectan a los niños y las respuestas psicofisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales de los menores cuando experimentan las acciones de uno o varios estresores (Trianes et al., 2009; Zimmer-Gembeck et al., 2009); no obstante, las investigaciones en este campo han enfatizado el estudio de la percepción del estrés más que de los estresores propiamente dichos (Trianes et al., 2009).

Las primeras mediciones del estrés en población infantil se realizaron a partir de los inventarios que existían para adultos. Se desarrollaron listas de chequeo para medir el estrés de los niños, las cuales se presentaban a adultos significativos para que clasificaran los estresores según el grado de estrés que ellos percibían que le pudiera causar al niño. El problema de estas mediciones era que se asumían que los adultos eran capaces de identificar, de manera acertada, lo que es estresante para los niños, lo cual no era necesariamente cierto (Smith y Carlson; 1997).

En épocas recientes, la medición del estrés que experimentan los niños se ha centrado en buscar métodos directos y objetivos de medición (Smith & Carlson, 1997; Gunar, Doom & Esposito, 2015), como es el caso de procedimientos para medir los niveles de cortisol en el cuerpo (Gunar, Doom & Esposito, 2015; Osika, Friberg & Währborg, 2007; Rutter, 1981), entrevistas a los niños para saber qué es lo que ellos consideran estresante (Muñoz, 2012; Smith & Carlson, 1997; Zimmer-

Gembeck et al., 2009), o para conocer qué opinan de algún estresor brindado por el entrevistador (Zimmer-Gembeck et al., 2009); y aplicación de cuestionarios, sobre todo autoinformes. Las entrevistas han sido particularmente efectivas para recabar una gran cantidad de información (Muñoz, 2012; Smith & Carlson, 1997), por su parte, los cuestionarios generan información más específica acerca de ciertos estresores (Muñoz, 2012).

El resultado de los métodos de investigación como entrevistas y cuestionarios ha reflejado que la percepción que tienen los niños acerca del estrés difiere considerablemente de la de los adultos y adolescentes; estos resultados resaltan la importancia de que las mediciones se realicen de manera directa con los niños, para así poder conocer la percepción que tienen acerca de cada evento o posible estresor (Smith & Carlson, 1997). Por su parte, los procedimientos de investigación fisiológicos han mostrado que los niños presentan una respuesta neuroendocrina ante el estrés similar a la de los adultos (Gunar, Doom & Esposito, 2015).

Existen diversos instrumentos para medir el estrés, la mayoría autoreportes, por ejemplo, el *Inventario de Estrés Cotidiano Infantil* (IECI), de Trianes, Blanca, Fernández-Baena, Escobar y Maldonado (2012), para niños españoles entre seis y doce años. El instrumento consta de veintidós afirmaciones con respuestas dicotómicas (sí o no) que describen sucesos, demandas, problemas o situaciones que pueden haberle sucedido al niño en el último año. El instrumento cuenta con tres subescalas: problemas de salud y psicosomáticos, estrés en el ámbito escolar, y estrés en el ámbito familiar (Consejo Federal de la Psicología, 2014;

Martínez-Otero, 2012; Trianes, Blanca, Fernández-Baena, Escobar & Maldonado, 2012).

Otro ejemplo, también para población española, es el *Inventario de Acontecimientos Vitales en Infancia y Adolescencia (AVIA)*, de Moreno y Del Barrio (1992); este cuestionario presenta ítems que refieren a estresores cotidianos en áreas relevantes para el desarrollo infantil: salud, escuela/iguales y familia (Trianes et al., 2009).

Otro instrumento es el *Questionnaire Stress in Children (SiC)* de Osika, Friberg y Währborg (2007), elaborado para detectar los niveles de estrés en niños suecos de nueve a once años (escolares), en tres áreas: distrés, bienestar y apoyo social, y consta de veintiún ítems con respuestas tipo Likert (de cero a tres). (Trianes et al., 2009). Este instrumento ha sido estandarizado para su aplicación en población infantil chilena por Caqueo-Urizar, Urzúa y Osika (2014). Un ejemplo más, es el *Daily Life Stressors Sale (DLSS)*, elaborado por Kearney, Drabman y Beasley (1993); éste consta de treinta ítems tipo Likert (cinco respuestas) diseñados para evaluar la severidad de sentimientos y eventos cotidianos aversivos que experimentan los niños estadounidenses de siete a quince años.

Otro ejemplo es el *Coddington Life Events Scale for Children (CLES-C)*, el cual tiene como objetivo medir el impacto de eventos significativos en los niños, así como el momento de ocurrencia de éstos; el instrumento cuenta con treinta y seis ítems y se aplica a niños norteamericanos de seis a doce años (Leigh, 2011).

Finalmente, se destaca la *Escala de Estrés para Niños (CEN)*, aún en su versión para investigación, diseñada por Lucio, Durán y Heredia (2011), la cual, en su primera versión fue elaborada en 2004 como parte de un proyecto de tesis doctoral (Lucio, 2014). Este instrumento es de los pocos creados para medir estrés en niños mexicanos; es aplicable a niños de ocho a doce años de edad y cuenta con ocho dimensiones a evaluar: falta de aceptación familiar, agresión verbal y burla, falta de confianza y respeto, presión escolar, exigencia familiar, regaño y castigo, conflictos familiares, y miedos.

Respecto a las mediciones fisiológicas del estrés en niños y adolescentes, existen dos procedimientos que destacan como los más relevantes: medición de los niveles de cortisol en la saliva y en el cabello (Gunar, Doom & Esposito, 2015).

El método de investigación por saliva se enfoca más en conocer la actividad del sistema HPA que en los niveles de cortisol. Algunos problemas de este método consisten en controlar y evitar sustancias al tratar de evaluar la actividad del eje HPA. Un ejemplo de estas sustancias son los lácteos, como la leche, la cual contiene cortisol; otro ejemplo son los medicamentos, pues algunos de éstos afectan el funcionamiento del sistema HPA. Otro problema de este método es el momento en el que se evalúa el estrés; durante la tarde y la noche son momentos del día en los que resulta más fácil realizar este procedimiento de investigación, pues el eje HPA se encuentra menos activo y las elevaciones de los niveles de cortisol son más fáciles de detectar; este factor representa un problema pues no siempre es posible lograr que los participantes de los estudios se presenten en este tipo de horarios.

El método de investigación del estrés mediante el análisis del cabello se enfoca más en conocer los niveles de cortisol que en conocer la actividad del sistema HPA. Este método sirve para generar un calendario de la producción de cortisol desde meses anteriores al estudio, por ello se emplea cuando se quiere conocer acerca de la producción de cortisol previa a que se realice el estudio; esto sirve para tener una medida de cómo responde el eje HPA ante un evento estresante impredecible. Uno de los principales problemas para emplear este método de investigación es que las personas se laven el cabello de manera constante, sobre todo previo al estudio (Gunar, Doom & Esposito, 2015).

No obstante la importancia de las respuestas neuroendocrinas como indicador objetivo y certero de la presencia de estrés, cabe señalar que no todas las personas que mencionan experimentar estrés presentan el esperado incremento sobre los límites basales de la secreción de cortisol (Rutter, 1981), por ello, es importante que se continúen desarrollando métodos de evaluación que se enfoquen en medir, de manera objetiva, la percepción del estrés que tienen los niños. Si bien, como se pudo apreciar en este apartado, existen diversos instrumentos para medir la percepción y el impacto del estrés en niños, estos no son suficientes, pues son escasos para diversas poblaciones, como es el caso de la mexicana.

A lo largo de este capítulo se ha estudiado el concepto estrés a partir de algunas definiciones y algunos aspectos específicos de éste. Además, se han explorado diversos estresores relevantes durante la niñez, cómo se han

clasificado, la forma en la que pueden afectar a los niños y algunas formas para medir el estrés que experimentan los niños.

Previo a continuar con el siguiente capítulo, es importante destacar que las investigaciones acerca del estrés infantil, los estresores que afectan a los niños, la forma en la que impactan en ellos y de los métodos de medición del estrés en la niñez han sido desarrolladas, en su gran mayoría, en otros países. Esto indica que hay un amplio terreno para el desarrollo del estudio del estrés en población infantil mexicana, pues cabe recordar que si bien muchos estímulos tienen el potencial de ser estresores para todos los niños, éstos variarán según el contexto y las características de las personas (percepción del estrés y predisposiciones biológicas, por ejemplo), por lo cual no es posible determinar que las investigaciones realizadas en otros países y contextos representan, o se ajustan, a las características de la población infantil mexicana.

Además, destaca que debido a las grandes dificultades para estudiar y medir el estrés en niños (Anisman, 2014; Martínez-Otero, 2012; Smith & Carlson, 1997; Zimmer-Gembeck et al., 2009), las investigaciones en este campo suelen evitarse, por lo que éstas tienden a rezagarse. Esto puede apreciarse en la cantidad de investigaciones que se realizan en México acerca del estrés en los niños, las cuales son escasas.

Al respecto, los trabajos por parte de Verduzco (2004, 2006), Verduzco, Lucio y Durán (2004), y Lucio, Durán y Heredia (2011), afortunadamente, han

ayudado a generar bases sólidas para que se continúen desarrollando las investigaciones acerca del estrés en población infantil mexicana.

En el siguiente capítulo se explora un término inherente al estrés, y de suma importancia, el afrontamiento, que, en términos generales, se refiere a la forma en la que las personas lidian con el estrés.

Capítulo II. Afrontamiento en la niñez

Afrontamiento

Todo individuo posee diversos mecanismos biológicos y psicológicos que le permite hacer frente a los distintos cambios del medio que le exigen realizar determinados ajustes para poder adaptarse a éstos (Hernández & Gutiérrez, 2012). Cuando las alteraciones del entorno resultan estresantes para las personas, entonces emplean un mecanismo, o proceso, denominado *afrentamiento* (Hernández & Gutiérrez, 2012; Levine; 1983).

Aunque el término *afrentamiento*, propiamente, surge entre las décadas de los sesentas y setentas, junto con el creciente interés en el estrés, este concepto, de una forma u otra, surgió mucho tiempo antes (Lazarus, 1993). Los indicios del *afrentamiento* se remontan a la teoría psicoanalítica, con los mecanismos de defensa, que expresaban, en general, desde el punto de vista de la psicopatología, los estilos característicos de las personas para lidiar con el peligro, algunos de los cuales pueden ser más saludables que otros. Posteriormente, debido a las dificultades para estudiar los mecanismos de defensa, comienza a surgir el concepto *afrentamiento*, el cual tiempo después sería estudiado como un aspecto de la personalidad de los individuos (Carver & Connor-Smith, 2010; Morales 2008) y después como proceso (Lazarus, 1993).

Históricamente, el concepto afrontamiento se ha desarrollado en la tradición cognitivo-conductual (Carr, 2006) y ha sido entendido, principalmente, como una respuesta (Carr, 2006; Folkman & Lazarus, 1988) consciente y deliberada (Carr, 2006) ante emociones negativas (Carr, 2006; Folkman & Lazarus, 1988). Son conductas aprendidas (como la solución de problemas) que ayudan a las personas a sobrevivir ante situaciones peligrosas que atentan sus vidas e implica diversos procesos cognitivos (por ejemplo, evaluaciones) [Folkman & Lazarus, 1988].

Anisman (2014) explica que el afrontamiento ha sido comprendido desde tres perspectivas. La primera, lo identifica como un estilo, o sea, una característica de la personalidad que es relativamente estable. La segunda, determina al afrontamiento como una estrategia, la cual varía en función de los factores de un estresor y al tiempo que tarda en desarrollar todos sus efectos. Y la tercera perspectiva, que es un punto medio entre las dos anteriores, indica que los métodos o estrategias de afrontamiento empleados varían en función de la situación particular, pero éstos están guiados por los estilos particulares que cada individuo posee.

En este capítulo se exploran las dos primeras perspectivas mencionadas por Anisman (2014), resaltando, sobre todo, la segunda, pues el objetivo de este trabajo se centró en conocer formas de afrontar de un grupo de niños ante determinados estresores y sólo contemplando cierto periodo de tiempo, esto en función de sus evaluaciones cognitivas y no de las características de la personalidad de cada niño.

El afrontamiento es un término que definieron Lazarus y Folkman (1986) como: "Aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas y/o internas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos" (p.164). Para estos autores, el afrontamiento es un proceso, el cual cambia con el tiempo y de acuerdo con el contexto en el que se desarrolla; así pues, el proceso de afrontamiento debe evaluarse de manera independiente a sus resultados (Lazarus, 1993a).

Lazarus y Folkman ponen de relieve el papel de procesos conductuales y cognitivos (Compas et al., 2014), así como el del contexto en el que ocurre el afrontamiento y que éste es un proceso, el cual es más importante que sus resultados (Frydenberg, 2008).

Esta definición indica que las estrategias de afrontamiento son acciones realizadas deliberadamente que pueden ser aprendidas, usadas y desechadas (Hernández, 2011); y señala que el afrontamiento es un proceso que depende de los significados personales de cada individuo, pues éstos determinarán lo que una persona considera estresante (estrés psicológico) y dirigirán la elección de una o más estrategias de afrontamiento para lidiar con el estrés. Así pues, las respuestas de afrontamiento están determinadas por la persona, el ambiente y la interacción entre éstos (González, Montoya, Casullo & Bernabéu, 2002).

Para Kagan (1983), el afrontamiento es una reacción a estresores que resuelve, reduce o reemplaza el estado afectivo determinado como estresante.

Por su parte, Sandín (2003) refiere:

... el afrontamiento constituye el elemento esencial que emplea el individuo para hacer frente al estrés, pudiendo dirigir su acción tanto a los estresores (tratando de eliminarlos o reducir su nivel de amenaza) como a sus propias respuestas físicas, psicológicas y sociales. (p. 152).

Levine (1983) comenta que el afrontamiento ha sido entendido como una alteración en el comportamiento o como cambios en la respuesta psicológica ante estímulos aversivos. El autor expresa que el término ha sido empleado para denotar un proceso utilizado por las personas para lidiar con peligros significativos para su estabilidad psicológica y así permitirles funcionar efectivamente. Se sabe que una persona afronta si su conducta consiste en respuestas que le permitan dominar la situación que le aqueja, asimismo, el afrontamiento incluye procesos intrapsíquicos que contribuyen a adaptarse efectivamente ante el estrés psicológico.

Frydenberg (2008) entiende al afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales empleados por las personas para modificar las demandas de la relación individuo-ambiente. Las personas emplean sus recursos, estilos y estrategias disponibles, las cuales influyen al proceso de afrontamiento. Las estrategias pueden variar a través del tiempo y del contexto dependiendo del

estresor y éstas incluyen aspectos del self (por ejemplo, habilidades de solución de problemas y el autoestima), así como del ambiente social (redes de apoyo, por ejemplo).

Sontag y Graber (2010) mencionan que el afrontamiento se refiere a las respuestas voluntarias para hacer frente al estrés, las cuales se diferencian de las respuestas involuntarias al estrés, como es el caso de aquellas relacionadas con el temperamento y las reacciones cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas condicionadas.

Compas, Champion y Reeslund (2005) explican el afrontamiento, en general, como un proceso autoregulatorio iniciado cuando las personas lidian con el estrés. Refieren, de manera más específica, que el afrontamiento implica esfuerzos conscientes voluntarios para regular las propias conductas, emociones, pensamientos, respuestas fisiológicas y al ambiente como respuesta ante eventos o circunstancias estresantes. El afrontamiento depende de la situación, o bien, la forma en la que las personas responden ante un estresor está determinada por las demandas de la situación amenazante.

Para estos autores el afrontamiento es parte de un dominio mayor, la autorregulación, y éste sólo incluye a los esfuerzos, o procesos, regulatorios voluntarios e intencionales como respuesta a eventos o circunstancias estresantes. Estos procesos regulatorios están influenciados por la capacidad cognitiva, emocional y conductual del individuo, así como por el ambiente social de éste. Por otra parte, las reacciones involuntarias, o automáticas, ante el estrés están agrupadas en una

categoría más general de los procesos autoregulatorios realizados para responder al estrés y no son considerados como afrontamiento (Compas, Champion & Reeslund, 2005).

Compas et al. (2005) mencionan que el afrontamiento es un factor protector, en otras palabras, es una característica que incrementa o decrece la probabilidad de desarrollar síntomas o psicopatologías al responder ante los estresores. Algunas personas tendrán una tendencia a afrontar de manera más adaptativa y así evitarán el desarrollo de consecuencias negativas, mientras otras serán menos efectivas al lidiar con estresores, lo cual generará un incremento en la probabilidad de desarrollar síntomas y patologías independientemente del estresor.

Para Skinner y Zimmer-Gembeck (2009) el afrontamiento describe la forma en la que las personas logran (o fallan) movilizar, modular, gestionar y coordinar sus conductas, emociones, atención, cognición y motivación al estar bajo estrés, el cual puede generarse debido a demandas tanto externas como internas que provocan reacciones fisiológicas y psicológicas, y es moldeado por las evaluaciones de la persona respecto a tales demandas y de los recursos individuales y sociales disponibles para hacerle frente a la situación. Se distinguen dos aspectos del estrés: (a) las reacciones al estrés, o sea, las respuestas fisiológicas, psicológicas y conductuales involuntarias ante los estresores; y (b) la acción de regulación, que se refiere al proceso efectuado, sea efectivo o no, para enfrenar a los estresores y gestionar las reacciones de la persona ante éstos.

Las autoras señalan que el afrontamiento es parte de un proceso de adaptación al estrés, de tal manera que contribuye tanto al desarrollo de la salud física y mental como al de patologías. Las características individuales, el contexto y las relaciones influyen la forma en la que se desarrolla el afrontamiento y, a su vez, éste moldea las respuestas de los demás y contribuye a la acumulación de recursos sociales y personales. El afrontamiento refleja el nivel de desarrollo y la historia de las personas y, además, modula la trayectoria que seguirá el desarrollo a futuro (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009).

Es importante mencionar que Compas et al., (2005), y Skinner y Zimmer-Gembeck (2009) son autores que trabajan con niños y adolescentes, por lo cual, la forma en la que entienden al afrontamiento incluye a estas etapas de la vida. No obstante, a pesar de tomar en cuenta a tales poblaciones, sus definiciones de afrontamiento no contienen elementos explícitos del desarrollo, por lo cual se alienta a que se continúe ampliando la comprensión del término (Compas et al., 2014).

Hasta el momento, las definiciones acerca del afrontamiento expuestas en el presente capítulo tienden a contemplar al afrontamiento como un proceso regulatorio que se activa en respuesta al estrés, el cual implica esfuerzos conscientes, controlados, propositivos y dirigidos hacia una meta (Compas, 2009; Compas et al., 2014); esta perspectiva ha sido desarrollada, principalmente, a partir del modelo transaccional de Lazarus y Folkman (Compas et al., 2014).

A continuación, se explora una postura que, aunque no niega las características expuestas por estos autores, sí la relega a un segundo plano, pues expone otros factores del afrontamiento como más relevantes.

Algunos investigadores han cuestionado la concepción de que el afrontamiento es un proceso continuamente cambiante y fuertemente regulado por la evaluación cognitiva. Desde la postura de tales autores se entiende al afrontamiento como patrones de conducta relativamente estables que pueden ser vistos como características de la personalidad de los individuos (Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres & Sobral-Fernández, 2006; Lazarus, 1993b).

Dentro de esta postura, Campos, Iraurgi, Páez y Velasco (2004) mencionan que “el afrontamiento se revela como un proceso complejo y multidimensional que es sensible tanto al ambiente (demandas y recursos) como a las disposiciones de personalidad” (p. 25).

Sandín (2003) destaca que existen disposiciones personales para responder al estrés, así pues, una persona utilizará ciertas estrategias de afrontamiento más que otras. Respecto la influencia de las predisposiciones personales en el afrontamiento, Carver y Connor-Smith (2010) refieren que incluso antes que tener un impacto en el afrontamiento, la personalidad influencia la frecuencia con la que las personas se exponen a estresores, los tipos que experimentan y las evaluaciones que hacen al respecto de éstos. La forma en la que las personas afrontan el estrés está influenciada por su temperamento, así

pues, una persona con un temperamento evitativo, reflejará tendencias a que el individuo experimente miedo, tristeza o distrés, por lo cual es posible que personas con estos temperamentos suelen ocupar un afrontamiento enfocado en la emoción.

Diversos estudios realizados respecto a las relaciones entre estrés y la personalidad han demostrado que los factores situacionales no son capaces de explicar toda la variabilidad de las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas. Los rasgos de personalidad que más se han estudiado en relación con las estrategias de afrontamiento son el optimismo, rigidez, autoestima y el locus de control (Hernández, 2011). Se ha asociado a personas con un locus de control interno con un mayor empleo de afrontamiento activo, de igual manera, se ha hecho esta asociación con personas característicamente confiadas en sí mismas, las cuales, además, muestran un menor uso de estrategias de afrontamiento evitativo; por otra parte, se ha demostrado que hombres que tienden a ser competitivos y extrovertidos suelen emplear más la confrontación y menos la resignación como estrategias de afrontamiento, mientras que hombres impulsivos suelen utilizar la aceptación y evitación como estrategias (Moos & Schaefer, 1993).

Rutter (1981) resalta el papel del temperamento para entender la forma en que las personas afrontan el estrés a lo largo de diferentes situaciones y del tiempo. Comenta que el afrontamiento, en parte, está genéticamente determinado, por lo cual las personas, desde la niñez, tendrán ciertas disposiciones para reaccionar ante los estresores, las cuales se mantendrán con relativa estabilidad

durante el resto de su vida a pesar de que existan variaciones en la forma en la que afrontan.

Al respecto de lo establecido por esta postura que determina al afrontamiento como un estilo o rasgo de la personalidad, Lazarus (1993b) refiere que los estilos de afrontamiento existen y son importantes, sin embargo, enfatiza que el afrontamiento es marcadamente contextual, pues para que sea efectivo debe cambiar a través del tiempo y de diferentes situaciones estresantes.

Lazarus (1993a) comenta que aunque el afrontamiento visto como un proceso es un mejor acercamiento para englobar pensamientos y acciones de afrontamiento ante diversos contextos estresantes y del tiempo, esta perspectiva no tiende a contemplar a las personas en su totalidad, quienes tienen una jerarquía de metas particular e intenciones acerca de las situaciones, un sistema de creencias y un patrón de vida y planes, así como conexiones sociales, entre muchas otras características. Describe que el afrontamiento visto como un proceso, podría tener mayor profundidad si se supiera más acerca de cada persona acerca de la cual se estudia la forma en la que afronta eventos estresantes. Así pues, para Lazarus, el estudio del afrontamiento, desde el marco teórico que lo identifica como proceso, debería contemplar tanto el contexto de la relación persona-ambiente, a la personalidad del individuo en su totalidad y su vida.

Previo a avanzar hacia el siguiente apartado, resulta importante entender y diferenciar entre tres conceptos referentes al afrontamiento: (a) recursos de

afrontamiento (Compas, 1987; Sandín, 2003); (b) estrategias de afrontamiento (Compas, 1987; Hernández, 2011; Sandín, 2003); y (c) estilos de afrontamiento (Compas, 1987; Hernández, 2011; Sandín, 2003).

Los recursos de afrontamiento se refieren a las características personales (self) y sociales en las que se basan los individuos para hacer frente y adaptarse a los estresores (Compas, 1987; Sandín, 2003), así pues, algunos individuos contarán con más recursos de afrontamiento que otros (Sandín, 2003).

Las estrategias de afrontamiento se refieren a esfuerzos conductuales o cognoscitivos específicos para hacerle frente al estrés (Compas, 1987; Morales-Rodríguez et al., 2012); son los procesos que se utilizan en función de cada contexto, por lo cual son cambiantes a través del tiempo (Compas, 1987; Hernández, 2011; Morales-Rodríguez et al., 2012; Sandín, 2003; Skinner & Zimmer-Gambeck, 2007); prácticamente existe una variedad infinita de éstas. Las estrategias de afrontamiento son multidimensionales y pueden servir para diferentes funciones; pueden ser empleadas para resolver problemas externos, lidiar con las propias emociones, cambiar el medio o acomodarse a éste e involucrarse en interacciones estresantes o apartarse de éstas (Skinner & Zimmer-Gambeck, 2007).

Los estilos de afrontamiento son grupos de estrategias, o métodos de afrontamiento utilizados de manera preferencial a través de diferentes situaciones, los cuales caracterizan a los individuos (Compas, 1987; Frydenberg, 2008; Morales-Rodríguez, 2012). Los estilos de afrontamiento reflejan la tendencia de la

persona a responder de una manera particular cuando se enfrentan a una serie de situaciones específicas (una persona puede emplear diferentes estilos de afrontamiento ante situaciones controlables vs situaciones incontrolables). Estas maneras de afrontar son consistentes con los valores, creencias y metas de las personas (Compas, 1987; Frydenberg, 2008), y no necesariamente implican la presencia de características de la personalidad que predisponen a las personas a responder de manera particular (Compas, 1987).

El afrontamiento como proceso.

El afrontamiento visto como un proceso es una postura que propusieron Lazarus y Fulkman y que se ha continuado desarrollando por diferentes autores (Compas, 1987; Compas et al., 2005; Compas et al., 2014; Frydenberg, 2008; Skinner & Zimmer-Gambeck, 2007).

Lazarus (1993a) identifica cinco principios del afrontamiento visto como un proceso que él y sus colegas formularon a lo largo de los años. A continuación se presentan estos principios, aunque en un orden diferente al que Lazarus establece; esto para que la información tenga una organización que permita comprender primero los aspectos básicos del afrontamiento y al final cuestiones más específicas de éste. Cabe aclarar que la alteración del orden de los factores no supone una tergiversación de la información, pues Lazarus no los presenta en función de una jerarquía.

El primer principio, de manera resumida, establece que el afrontamiento consiste en los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico.

El segundo principio señala que el proceso de afrontamiento empleado para lidiar con las amenazas varía de acuerdo con la significancia adaptativa y los requerimientos de los estímulos amenazantes. Lo que una persona realiza para afrontar depende del contexto en el que se desarrolla el evento estresante. Tanto el contexto como los eventos estresantes tienden a cambiar con el tiempo, por lo tanto, también el afrontamiento empleado.

El tercer principio enfatiza que el afrontamiento tiene dos funciones principales: (a) afrontamiento enfocado en el problema, que implica cambiar el conflicto en la relación persona-ambiente, mediante acciones en el medio o en la persona; y (b) afrontamiento enfocado en la emoción, cuya función es modificar, ya sea la forma en la que la relación estresante con el ambiente ha sido atendida en términos de vigilancia o evitación, o el significado de lo que ocurre en la relación, lo cual mitiga el estrés aún cuando las condiciones actuales de la relación no cambien. Cada una de estas funciones de afrontamiento tiene un valor adaptativo y sus usos dependerán de cada situación estresante a la que la persona se enfrente.

El cuarto principio enuncia que los pensamientos y acciones del proceso de afrontamiento deben evaluarse por separado de sus resultados, para poder examinar sus características adaptativas o desadaptativas. El proceso de

afrontamiento empleado por una persona será positivo o negativo, adaptativamente hablando, dependiendo de cada persona, del evento específico y la modalidad del resultado que se estudie, como podría ser funcionamiento social, moral o salud física. En general, no existe un proceso de afrontamiento bueno o malo, aunque algunos suelen ser, regularmente, mejores que otros.

El quinto principio indica que la medición del proceso de afrontamiento debe enfocarse tanto en lo que la persona piensa como en lo que hace al afrontar alguna situación o evento estresante. Las mediciones deben realizarse repetidamente a lo largo del tiempo y ante diversos estresores, para que así se puedan examinar tanto las consistencias como las inconsistencias en la forma en la que las personas afrontan a los estresores a través del tiempo y de diferentes encuentros.

Además, Lazarus (1993a) describe seis generalidades del afrontamiento: (1) ante los eventos estresantes, las personas emplean, con mayor frecuencia, estrategias analíticas de afrontamiento, (2) algunas estrategias de afrontamiento son más estables o consistentes a través de los eventos estresantes que otras, (3) el afrontamiento cambia de un momento a otro ante cualquier situación estresante, (4) cuando un suceso estresante es percibido por la persona como improbable de ser cambiado, el afrontamiento centrado en la emoción predomina, y cuando el suceso es evaluado como controlable mediante acciones, el afrontamiento centrado en el problema es el que prevalece; (5) el afrontamiento es capaz de mediar la experiencia emocional resultante por un evento estresante, es decir, cambia el estado emocional de la persona desde el comienzo hasta el final del

encuentro; y (6) la investigación del afrontamiento tiende a dirigirse, de manera separada, a dos aspectos relacionados, las variables que influyen la elección de la estrategia de afrontamiento y los efectos de estas estrategias en la adaptación de la persona

El proceso de afrontamiento incluye evaluaciones del evento y reacciones emocionales asociadas a tales evaluaciones. Ambas impulsarán estrategias de afrontamiento para lidiar con el problema y gestionarán las emociones (Zimmer-Gembeck, Lees & Skinner, 2011).

Folkman y Lazarus (1988) mencionan que toda experiencia estresante, por lo regular, tiene múltiples implicaciones para el bienestar y la posibilidad de ser afrontada mediante un amplio rango de estrategias cognitivas y conductuales que tienen tanto funciones de solución de problemas como de regulación emocional.

Lazarus y Folkman (1986) distinguieron que las estrategias de afrontamiento que se van a emplear para lidiar con alguna situación estresante (problema) están determinadas por tres tipos de evaluaciones: (1) evaluación primaria, la cual consiste en asignarle un significado a la situación (problema) que se experimenta; (2) evaluación secundaria, que implica valorar las opciones o recursos de afrontamiento disponibles; y (3) evaluación terciaria, donde se valoran los resultados obtenidos.

Respecto a estas evaluaciones, Folkman y Lazarus (1988) resaltan la relación que tienen con la respuesta emocional ante los estresores. Refieren que la primera evaluación, la que determina si un evento es dañino, amenazante o

desafiante, genera emociones, las cuales influyen el proceso de afrontamiento, el cual, a su vez, cambiará la relación persona-ambiente. Tras la alteración de esta relación, se realiza otra evaluación, la cual generará cambios en la calidad e intensidad de las emociones. De tal manera, el afrontamiento resulta como un mediador de la respuesta emocional.

Smith y Carlson (1997) explican que el proceso de afrontamiento se refiere a lo que hace la persona respecto al evento o situación estresante. Los mecanismos de afrontamiento incluyen los intentos del individuo por alterar directamente el evento estresante y los intentos por cambiar la evaluación que tiene del evento para que así no se sienta amenazado por éste. Así pues, el afrontamiento debe cumplir con dos funciones: 1) solución de problemas, y 2) regulación emocional del estrés. Los medios para lograr ambas funciones involucran tanto la manipulación del ambiente como procesos intrapsíquicos. Cabe señalar que el afrontamiento puede suceder tanto de manera anticipada, o sea, previo a que se presente un evento estresante esperado, como de forma posterior al evento.

Estos autores mencionan cuatro pasos del proceso de afrontamiento. El primero, la evaluación, que implica determinar si un evento es estresante y, de serlo, si es o no controlable. El segundo paso consiste en la selección de una estrategia de afrontamiento, la cual se realiza tras evaluar los propios recursos de afrontamiento, el estresor y la probabilidad de que determinada estrategia de afrontamiento vaya a ser efectiva. Estos autores explican que las estrategias de afrontamiento son respuestas emocionales y conductuales ante los estresores, las

cuales han sido aprendidas y se emplean de manera deliberada y propositiva para adaptarse al ambiente o para cambiarlo. El tercer paso en el proceso del afrontamiento consiste en realizar la estrategia de afrontamiento previamente elegida. El cuarto y último paso implica la evaluación de la efectividad de la estrategia de afrontamiento empleada de acuerdo con la capacidad de ésta para reducir o eliminar al estresor o para modular la propia respuesta ante el evento estresante.

Skinner y Zimmer-Gambeck (2007) describen que el afrontamiento como proceso implica dos vertientes, una que describe el objetivo que se quiere regular, como pueden ser emociones o impulsos, y otra que describe las acciones implicadas para regularlo; ambos procesos son adaptativos y están relacionados.

La primera vertiente implica reacciones resultantes ante estímulos externos evaluados, las cuales tienen poco control consciente, y que preparan al organismo para actuar ante el estímulo. Esta vertiente tiene una fuerte base temperamental y, además, incorpora experiencias a partir del aprendizaje y condicionamiento. La segunda vertiente, la regulatoria, guía, dirige, aumenta y organiza las acciones que se realizarán en función del estímulo objetivo que se quiere regular.

En general, estas vertientes tienen como objetivo identificar un estímulo, preparar al cuerpo para reaccionar ante éste y luego determinar una acción informada y flexible para regular tal estímulo. Estas autoras no refieren que el estímulo tenga que ser evaluado como negativo, pero sí tienden a enfatizar esta valencia.

Es relevante notar que lo expuesto por Skinner y Zimmer-Gambeck (2007) no contradice lo planteado por Lazarus y Folkman (1986), y por Lazarus (1993a), sino que dirigen la comprensión del afrontamiento para entenderlo como un proceso regulatorio global y no sólo como evaluaciones que determinan a un estímulo como aversivo y la forma para afrontarlo.

Al respecto del afrontamiento entendido como un proceso regulatorio global, Compas et al. (2014) refieren que este concepto se ha ampliado en los últimos años, sobre todo partir de que el afrontamiento se ha relacionado con el concepto de regulación emocional. Por ello se ha propuesto que el afrontamiento implica más que sólo modular las reacciones ante el estrés, también regula emociones en general, conductas, pensamientos, reacciones fisiológicas y al ambiente.

No obstante lo antes planteado, en el presente trabajo sólo se abordará al afrontamiento en su función de lidiar con el estrés.

Afrontamiento y adaptación.

Folkman y Lazarus (1988) denotan que el valor adaptativo del proceso de afrontamiento depende del contexto. Belloch, Sandín y Ramos (2009) exaltan que el término afrontamiento debe separarse de los resultados, ya que se emplea independientemente de la eficacia o ineficacia del proceso, de que sea adaptativo o desadaptativo.

En este punto cabe resaltar que el afrontamiento debe diferenciarse del dominio sobre el entorno, ya que muchas de las fuentes de estrés no pueden ser controladas. Ante tales estresores, el afrontamiento incluirá todo esfuerzo que permita a la persona tolerar, aceptar, minimizar, o, incluso, ignorar aquello que no puede controlar (Díaz, 2005).

Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triana, Villar-Torres y Sobral-Fernández (2006) señalan que la funcionalidad y adaptabilidad del afrontamiento puede ser determinada según el tipo de situación en la que se aplique. Rutter (1981) identifica que algunos procesos de afrontamiento pueden mejorar la adaptación y reducir el riesgo de que se presenten resultados negativos, mientras que otros pueden aumentar el riesgo de una mala adaptación y que se genere algún trastorno. Compas et al. (2005) mencionan que debido a que el afrontamiento depende de la situación en la que éste se efectúe, para lograr entender la relación entre el afrontamiento y los síntomas, es necesario considerar la naturaleza del estresor y el papel que éste tiene como mediador en la relación entre el estresor y la psicopatología.

Al respecto de lo mencionado en el párrafo anterior, Rutter (1981) expresa que el afrontamiento no será considerado como adaptativo simplemente porque la persona fue capaz de superar el evento estresor, ni depende de la resolución de un conflicto, ya que ambos aspectos pudieron generarse mediante métodos que provocaron otras consecuencias negativas; por otra parte, tampoco es posible considerar que solucionar el problema es un criterio necesario para considerar que el afrontamiento es eficaz, pues algunos problemas no se pueden resolver.

Emplear una estrategia de afrontamiento depende del estresor, las circunstancias en las que se presenta y de la persona, pues algunas estrategias de afrontamiento pueden ser más apropiadas para ciertas personas que para otras.

Si bien en este apartado se ha enfatizado que el valor adaptativo del afrontamiento se debe separar de sus resultados, es importante comentar que es posible considerar a una estrategia de afrontamiento como adaptativa cuando logra disminuir las reacciones negativas de estrés fisiológicas, mejorar la respuesta corporal (por ejemplo, regular el ritmo cardíaco), minimizar las reacciones emocionales subjetivas negativas y amplificar las positivas, así como reforzar la autoestima, aumentar recompensas, disminuir castigos y mejorar el rendimiento y desajuste social (Campos, Iraurgi, Páez & Velasco, 2004).

Levine (1983) indica que la efectividad en el afrontamiento puede ser evaluada de dos maneras, primero, verificando que la conducta permita, o no, continuar al individuo con el logro de sus metas personales y sociales y tolerar el estrés sin desarrollar ansiedad o depresión, esto independientemente de que la conducta sea socialmente deseable. La segunda manera para evaluar el afrontamiento consiste en detectar cambios en respuestas fisiológicas, particularmente en los niveles hormonales, como sería el cortisol.

Al respecto, Folkman y Lazarus (1988) detectaron tres tipos de afrontamiento que se han asociado con cambios positivos en las emociones: solución planificada de problemas, reevaluación positiva y distanciamiento. Entre estos tres, la solución planificada de problemas es la que muestra resultados más

consistentes en cuanto a lograr cambios positivos en la experiencia emocional. En parte, esto se debe a que este tipo de afrontamiento sirve para mejorar la relación persona-ambiente, provocando evaluaciones positivas acerca de esta relación y, por ende, también respuestas emocionales de la misma índole; por otra parte, aún cuando la solución planificada de problemas no logre resolver la situación en cuestión, las personas comienzan a sentirse mejor en el momento en el que comienzan a enfrentar el problema.

Respecto a la reevaluación positiva y al distanciamiento, estos tipos de afrontamiento han mostrado ser menos consistentes, regularmente, sus efectos positivos son difíciles mantener a largo plazo (Folkman & Lazarus, 1988).

Compas et al. (2005) señalan que el afrontamiento de control primario ha sido identificado como el más efectivo cuando se lidia con estresores que son percibidos como controlables, mientras que el afrontamiento de control secundario ha sido caracterizado como más efectivo para lograr adaptación cuando se enfrentan estresores incontrolables.

Clasificaciones del afrontamiento basadas en adultos.

El afrontamiento se ha clasificado de diversas maneras por diferentes autores. De hecho, se han identificado, literalmente, cientos de estrategias o formas de afrontamiento (Anisman, 2014; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009). Para facilitar la exposición de las estrategias identificadas, éstas han sido

clasificadas en diferentes tipologías de afrontamiento (Anisman, 2014; Morales-Rodríguez, 2012).

Skinner, Edge, Altman y Sherwood (2003) realizaron un estudio acerca de las distintas clasificaciones del afrontamiento desarrolladas por varios autores a partir del trabajo con adultos. En este estudio las autoras diferenciaron determinadas categorías, las cuales consideraron como de orden superior, o bien, que resultaban más generales y relevantes que el resto de las clasificaciones encontradas. A continuación se presentan dichas categorías:

- Lazarus y Folkman (1984) distinguieron entre el afrontamiento enfocado en el problema, el cual busca hacer frente de manera directa a la situación estresante que se experimenta, y el afrontamiento enfocado en la emoción, que tiene como objetivo regular la respuesta emocional que genera la situación problemática.
- Moos y Billings (1982) diferenciaron entre el afrontamiento enfocado en el problema, que busca lidiar con la situación, modificando o eliminando la fuente de estrés; el afrontamiento enfocado en la emoción, el cual trata de regular las emociones provocadas por el problema y lograr mantener un equilibrio entre éstas; y el afrontamiento enfocado en la evaluación, enfocado en definir el significado de la situación; se trata de múltiples evaluaciones.
- Pearline y Schooler (1978) expusieron tres tipos de afrontamiento. El primero, respuestas que modifican la situación, que están enfocadas

en cambiar el evento que provoca estrés. El segundo tipo, respuestas que funcionan para controlar el significado del problema, las cuales actúan sobre el evento estresante una vez que ha ocurrido pero antes de que se experimente estrés. Y el tercer tipo, respuestas que funcionan para manejar el estrés; éstas se emplean una vez que el estrés se experimenta.

- Compas, Connor, Osowiecki y Welch (1997) distinguieron dos tipos de afrontamiento, uno que implica voluntad, esfuerzo y control, o sea, respuestas ante el estrés que implican esfuerzos conscientes y voluntarios, y el otro que involucra respuestas involuntarias y automáticas, en otras palabras, respuestas ante el estrés que son automáticas e inconscientes.
- Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth (2001) propusieron otros dos tipos de afrontamiento: compromiso, el cual está orientado hacia la fuente de estrés o hacia las emociones y pensamientos generados por ésta, y retirada, que busca alejarse del estresor o las emociones y pensamientos generados por éste.
- Latack y Havlovic (1992) presentaron los afrontamientos de control y escape. El primero implica hacerse cargo de la situación estresante y el segundo se trata de no involucrarse o mantenerse alejado de dicha situación, incluyendo a los agentes involucrados.
- Rudolph, Dennig y Weisz (1995) desarrollaron tres conceptos del afrontamiento: primario, secundario y abandono de control. El

primero se refiere a los esfuerzos para influir en los eventos o condiciones objetivas, el segundo son esfuerzos para maximizar el ajuste de la persona ante la situación en cuestión y el tercero implica abandonar la posibilidad de controlar cualquier aspecto.

- Brandtstädter y Renner (1990) expusieron dos tipos de afrontamiento: (a) asimilación (vs impotencia), que se refiere a transformar las circunstancias de acuerdo con las preferencias personales, y (b) la acomodación, enfocada a ajustar las preferencias personales a las restricciones de la situación.
- Perrez y Reicherts (1992) diferenciaron entre el afrontamiento “aloplástico”, el cual está enfocado en cambiar el ambiente, y el afrontamiento “autoplástico”, orientado a cambiar al self.
- Roth y Cohen (1986) determinaron los afrontamientos de acercamiento y evitación, los cuales se entienden como conductas emocionales y cognitivas orientadas ya sea a enfrentar o a alejarse del estresor, cada una respectivamente.
- Larack y Havlovic (1992) comprendieron dos pares de tipos de afrontamientos: conductual vs cognitivo, el primero implica realizar alguna acción y el segundo se refiere a estrategias cognitivas; y el segundo par es social vs solitario, el primer tipo implica el uso de métodos que involucren a otras personas y el segundo se trata de enfrentar el problema solo.

- Aspinwall y Taylor (1997) sólo identificaron al afrontamiento proactivo, el cual se refiere a esfuerzos realizados previo a que ocurra un evento potencialmente estresante, para así prevenir o modificar su forma previamente a que se desarrolle.
- Finalmente, Barret y Campos (1991) diferenciaron entre el afrontamiento directo: conductas enfocadas en lidiar con el estresor, y el afrontamiento indirecto: ocupar ayuda de alguien más.

Entre las vastas clasificaciones de los tipos de afrontamiento que se han realizado, Carver y Connor-Smith (2010) resaltan cuatro agrupaciones como las más importantes: (a) enfocado en el problema vs enfocado en la emoción (tal como los describieron Lazarus y Folkman), (b) compromiso (enfocado en lidiar con el problema o las emociones que genera) vs evitación o abandono (cuyo objetivo es alejarse de la situación o de las emociones que genera), (c) acomodación (la persona busca ajustarse a las circunstancias) y centrado en el significado (se busca en las creencias y valores para encontrar algún aspecto benéfico de las experiencias estresantes); y (d) afrontamiento proactivo (su objetivo es prevenir el daño ocasionado por eventos estresantes; tiene funciones de los otros afrontamientos, aunque comúnmente se basa en el centrado en el problema).

Moss (1995) diferenció dos enfoques generales que tienen las investigaciones acerca del afrontamiento. El primero enfatiza el objetivo del afrontamiento, lo cual implica la orientación y actividad de la persona para responder ante un estresor: una persona puede enfrentar un problema y realizar

esfuerzos activos para resolverlo, tratar de evitar el problema o centrarse en manejar las emociones asociadas al problema. El segundo enfoque general del afrontamiento enfatiza las estrategias que emplean las personas para hacer frente a los problemas (estresores); éstos pueden ser cognitivos o conductuales.

Valentiner, Holahan y Moss (1994) señalan que, de manera general, la mayoría de las clasificaciones distinguen entre dos formas de afrontamiento: 1) orientado a enfrentarse al problema de manera directa; y 2) enfocado en evitar lidiar con el problema. Mencionan que, por lo regular, las estrategias de afrontamiento que lidian de manera directa con el problema tienden a asociarse con experiencias psicológicas positivas, contrario a las estrategias enfocadas en evitar el problema, las cuales se relacionan con experiencias psicológicas negativas al enfrentarse a los problemas (estresores).

Anisman (2014) menciona que entre todas las estrategias de afrontamiento que existen, éstas pueden resumirse en tres categorías generales que han sido las más empleadas a lo largo de las investigaciones: (a) enfocado en el problema (por ejemplo, solución de problemas, o procesos cognitivos como la reestructuración cognitiva), (b) enfocado en la emoción (expresión y contención emocional, rumiación, culparse a sí mismo o a otros, negación y resignación pasiva), y (c) estrategias de evitación o abandono (negar, evitar, alejarse o distraerse).

Las estrategias distinguidas para cada categoría de los tipos de afrontamiento no son exclusivas de éstas, ya que pueden ser empleadas en

función de cada una de las categorías (no simultáneamente). Por ejemplo, una persona puede emplear la búsqueda de apoyo social para lidiar con la emoción, tal sería el caso de buscar a alguien que te abrace mientras lloras, o para enfocarse en el problema, como sería pedir ayuda para encontrar una manera de solucionar la situación, o para evitar un evento, apoyándote en alguien para distraerte.

Es notable comentar que aunque se han identificado tantos tipos y subtipos de afrontamiento y se han propuesto clasificaciones concretas, lo que significa un avance importante en el estudio del afrontamiento, aún continúa habiendo confusión respecto a cuál es la mejor forma de organizarlos y cuáles son aquellos que representan de mejor manera a todos los aspectos del afrontamiento (Compas, 2009; Compas et al., 2014).

En el siguiente apartado se estudia el afrontamiento enfocado en la niñez, para así conocer aspectos específicos de este constructo en dicha etapa del desarrollo.

Niñez y afrontamiento

Zimmer-Gembeck y Skinner (2011) refieren que el estudio del afrontamiento en la niñez comenzó, propiamente, en la década de los ochenta. Sin embargo, ningún marco teórico ha sido utilizado de manera consistente para estudiar el afrontamiento infantil, lo cual ha dificultado el avance de la investigación en este campo (Smith & Carlson, 1997) y, por lo mismo, actualmente no existe un marco

teórico global acerca del desarrollo del afrontamiento en el ciclo vital (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

El estudio del afrontamiento en población infantil surgió de las mismas líneas de investigación de la población adulta (Smith & Carlson, 1997; Verduzco, 2004, 2006); de hecho, a la fecha, la mayoría de las investigaciones del afrontamiento en la niñez y adolescencia han sido desarrolladas a partir del enfoque transaccional de Folkman y Lazarus (Frydenberg, 2008)

Sin embargo, las teorías del afrontamiento enfocadas en los adultos no se pueden aplicar tal cual a los niños (Smith & Carlson, 1997), pues las habilidades de afrontamiento de éstos difieren considerablemente respecto a las de los adultos (Hernández & Gutiérrez, 2012; Smith & Carlson, 1997), ya que el afrontamiento está directamente ligado al desarrollo (Verduzco, 2004; 2006).

Respecto a lo anterior, se presentan dificultades metodológicas al estudiar el afrontamiento en niños. Por ejemplo, resulta más complicado controlar los estresores que afectan a los menores que los que aquejan a los adultos; por otra parte, a diferencia de las personas mayores, de quienes se presupone una estabilidad psicológica y fisiológica relativa al realizar investigación con ellos, en el caso de los niños, ya que su desarrollo es bastante rápido, presentan una gran diversidad de reacciones aun luego de breves periodos de tiempo, por lo cual resulta complejo generar las condiciones de investigación apropiadas para constituir una línea base estable acerca de su afrontamiento (Verduzco, 2006).

Compas (1987) señala que en las investigaciones acerca del afrontamiento en niños ha resultado particularmente complicado diferenciar, de manera clara, los recursos, estilos y estrategias de afrontamiento (sobre todo estos dos últimos). Al respecto, Smith y Carlson (1997) refieren que, en parte, estas dificultades se deben a que los niños no presentan estilos de afrontamiento estables, así que la forma en la que afrontan un estresor varía según la influencia de diversas características contextuales.

Así pues, debido a la inmadurez de los niños, existe una considerable limitante para poder evaluar tanto el reto que implican las situaciones estresantes para ellos como su capacidad para adaptarse a éstas. Debido a lo anterior, se han generado diversas dificultades para poder realizar instrumentos de medición estandarizados para niños (Smith & Carlson, 1997).

El estudio del afrontamiento infantil, de manera general, se ha enfocado en identificar qué es lo que hacen los niños: respuestas emocionales, cognitivas y conductuales cuando lidian con problemas externos e internos, de acuerdo con sus capacidades en función del momento del desarrollo en el que se encuentren y de sus características personales (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Los principales focos de las investigaciones del afrontamiento en la niñez se han centrado en las diferencias individuales (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007) y en examinar las relaciones entre diferentes tipos de afrontamiento y los resultados que éstos presentan en esta etapa del desarrollo (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011) para así poder identificar patrones

adaptativos y desadaptativos del afrontamiento (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), los cuales son relevantes para la salud de las personas, comenzando desde la niñez; esto, además, podrá ayudar a desarrollar intervenciones que promuevan resiliencia y reduzcan los riesgos del estrés (Compas, 2009).

Es importante resaltar que estudiar el afrontamiento infantil no sólo es relevante para esta etapa, sino también para posteriores, pues la forma en la que el afrontamiento se desenvuelva en la niñez tendrá un papel importante en la modulación del desarrollo global a futuro (Rutter, 1981; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Clasificaciones del afrontamiento en la niñez.

A partir de las diferentes investigaciones realizadas se han identificado diversos tipos de afrontamiento en la niñez, los cuales resultan similares a aquellos distinguidos para los adultos, tal es el caso de solución de problemas, rumiación, búsqueda de apoyo (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), reestructuración positiva, negociación, acciones directas, retiro social e impotencia (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), escape y distracción (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Compas et al. (2001) señalan que las dimensiones o categorías del afrontamiento que más se han utilizado en la investigación con niños y adolescentes son: afrontamiento enfocado en el problema versus afrontamiento

enfocado en la emoción, afrontamiento de control primario versus afrontamiento de control secundario, y afrontamiento de acercamiento (compromiso) versus afrontamiento de evitación. Además, se han propuesto diversas subcategorías: resolución de problemas, búsqueda de información (que apoye), reestructuración cognitiva, catastrofización, búsqueda de comprensión, actividad física, distracción, culpar a otros, humorismo, liberación emocional, aceptación, evitación, fantaseo, autocrítica, alejamiento social, negación, supresión, aceptación resignada, búsqueda de apoyo social, uso de la religión y el abuso de drogas y alcohol (esta última sólo para adolescentes).

Rothbaum, Wisz y Snyder (1982), a partir de diferentes estudios analíticos con niños y observaciones sistemáticas con adultos, distinguieron un modelo de afrontamiento que implica dos procesos de control y la percepción de falta o ausencia de control.

El primer proceso: control primario, implica intentos cuyo objetivo es cambiar al mundo según las necesidades del self, éste será empleado, principalmente, cuando se perciba que el self es capaz de controlar al medio. El segundo proceso: control secundario, se refiere a esfuerzos para ajustar al self de acuerdo a las características del mundo, por ello este proceso será empleado cuando se perciba que el self no es capaz de controlar a los eventos, pero sí de adaptarse a ellos. Por lo regular, el control secundario será empleado luego de ciertos intentos fallidos por lograr control primario. Es relevante tener en cuenta que ninguno de los dos procesos existe de forma pura, pues ambos se interrelacionan cuando las personas (niños o adultos) lidian con el medio.

El control primario tiene la cualidad de poder brindar resultados bastante exitosos, logrando así una gran sensación de bienestar, pero, también puede generar resultados insatisfactorios que conduzcan a una experiencia de considerable decepción. Por el contrario, el control secundario genera resultados menos extremos, tanto satisfactorios como insatisfactorios, debido a ello tiende a experimentarse como más seguro.

En cuanto a la percepción de falta o ausencia de control, ésta se refiere a la falta de motivación y al abandono de los intentos de las personas por controlar (los dos procesos antes mencionados) las situaciones o lograr adaptarse ante éstas. Los niños y adultos tienden a mostrarse pasivos, a retirarse de las situaciones estresantes y a mostrar conductas de sumisión ante tales eventos, las cuales no tienen la intención de lograr un objetivo para ajustarse ante el estresor, resolver un problema o terminar una situación aversiva. Las personas tienden a percibir la falta de control cuando no cuentan con la capacidad para predecir o identificar, de manera certera, eventos que no se pueden modificar, provocando que no se generen intentos por lograr un proceso de control secundario.

A partir de lo expuesto por Rothbaum, Wisz y Snyder (1982), se han distinguido tres tipos de estilos de afrontamiento para la población infantil: (a) Afrontamiento de control directo: intentos propositivos por cambiar la situación estresante (estudiar para conseguir mejores calificaciones); (b) Afrontamiento de control indirecto: el niño realiza intentos por encajar en el mundo y dejarse llevar por la corriente o buscar la intervención de un adulto para que solucione el problema que se presenta (obedecer ante una situación o pedirle ayuda a un

adulto); y (c) Afrontamiento de abandono de control: el niño percibe una situación como incontrolable (alejarse o evadir la situación estresante) [Hernández, 2011; Hernández & Gutiérrez, 2012; Verduzco, Lucio & Durán, 2004)].

Se destacan estos tipos de afrontamiento pues han sido ocupados en estudios en población infantil mexicana, la cual es el foco del presente trabajo, por: Hernández (2011); Hernández y Gutiérrez (2012); Lucio, Durán y Heredia (2011); Verduzco (2004); Verduzco (2006); y Verduzco, Lucio y Durán, (2004).

Al respecto de los tipos de afrontamiento propuestos por Rothbaum, Wisz y Snyder (1982), Compas et al. (2005) mencionan que la mayoría de los distintos tipos de afrontamiento pueden dividirse en dos categorías: (a) compromiso y (b) abandono (evitación).

El afrontamiento de compromiso implica estrategias de afrontamiento de control primario, caracterizadas por esfuerzos directos para influir ya sea en el estresor o en las emociones que se experimentan debido a éste, y estrategias de afrontamiento de control secundario, intentos por adaptarse al estresor mediante la regulación de las propias cogniciones. El afrontamiento de control primario, al cual suele denominársele como afrontamiento activo, incluye estrategias tales como solución de problemas, expresión de emociones y regulación emocional. El afrontamiento de control secundario comprende estrategias como aceptación, distracción, reestructuración cognitiva y pensamiento positivo (Compas et al., 2005).

Por su parte, el afrontamiento de abandono se refiere a esfuerzos para distraerse a sí mismo, emocional, cognitiva y físicamente de los estresores y está constituido por conductas como evitar, negar y pensar de forma ilusoria (Compas et al., 2005).

Compas et al. (2005), quienes consideran al afrontamiento como una conducta voluntaria para regular el estrés, mencionan que las respuestas involuntarias también pueden dividirse en respuestas de compromiso y de retirada. Las primeras se refieren a acciones automáticas orientadas hacia el estresor, ejemplos de éstas son la rumiación, pensamientos intrusivos y excitación emocional y fisiológica. El segundo tipo, las respuestas de retirada involuntarias, incluyen conductas sin control que no se enfocan en la fuente de estrés, tal es el caso de entumecimiento emocional, interferencia cognitiva, escape e inactividad.

Por su parte, Smith y Carlson (1997) explican que la mayoría de los estudios empíricos acerca del afrontamiento en la niñez diferencian entre estrategias de afrontamiento activas y pasivas. Las estrategias de afrontamiento activas también son conocidas como primarias o, principalmente, como estrategias centradas en el problema; ejemplos de este tipo de estrategias pueden ser la búsqueda de información o intentos por modificar la fuente de estrés. Respecto a las estrategias de afrontamiento pasivas, también conocidas como secundarias, o centradas en la emoción, éstas se enfocan en adaptarse al estresor sin alterarlo; son empleadas cuando el estresor se percibe como incontrolable (Smith & Carlson, 1997).

Las estrategias centradas en la emoción incluyen cambiar la perspectiva que se tiene respecto al evento estresante y la regulación emocional, la cual implica un elevado nivel de madurez; debido a esta razón, este tipo de estrategias suelen ser empleadas más por niños mayores, no tanto por niños menores. Los autores explican que para que el afrontamiento sea efectivo durante la niñez, éste debe involucrar una combinación de estrategias centradas en la emoción y en el problema, empleadas de manera flexible según sean las circunstancias (Smith & Carlson, 1997).

Autores como Carr (2006), y Levine y Munsch (2014) señalan que el afrontamiento de los niños puede dividirse en estrategias centradas en el problema y estrategias centradas en la emoción. Ejemplos del primer tipo de afrontamiento son estrategias tales como: planeación (pensar en la mejor manera de manejar la situación), buscar apoyo social instrumental (pedir consejos, ayuda, o información por parte de los demás), o contención (aguardar a que se presente la mejor oportunidad para realizar una acción). Ejemplos de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción son: expresar sentimientos, buscar apoyo emocional (obtener empatía, comprensión y apoyo moral), o reevaluar la situación de manera positiva (apreciar la experiencia o algún factor de ésta como algo bueno).

Además, Carr (2006) enfatiza al afrontamiento centrado en la evitación (o abandono) en el caso de los niños. Este se emplea en ocasiones en las que se requiere tomar cierto tiempo antes de continuar con un afrontamiento activo

(enfocado en el problema), para poder organizar los recursos personales y entonces después volver a efectuar el afrontamiento activo.

Este autor diferencia estrategias funcionales y disfuncionales para cada una de estas categorías de afrontamiento. A continuación se presentan algunos ejemplos. Respecto al afrontamiento centrado en el problema, distingue como estrategias funcionales: aceptar la responsabilidad de resolver el problema, buscar información acertada, desarrollar un plan de acción realista, y seguir un plan de acción; en contraste, estrategias disfuncionales serían tomar poca o ninguna responsabilidad para solucionar el problema, realizar un plan poco realista, y no seguir un plan, así como procrastinar la resolución del problema. En cuanto al afrontamiento centrado en la emoción, estrategias funcionales pueden ser reestructuración cognitiva, rutinas de relajación, tomar al estrés de una manera humorística y procesamiento emocional; ejemplos de estrategias disfuncionales son tomar el estrés muy en serio, negación y pensamiento ilusorio constante. Finalmente, las estrategias adaptativas del afrontamiento centrado en la evitación son distraerse temporalmente con otras actividades, personas, o simplemente alejarse del problema; en cambio las estrategias disfuncionales implican alejarse del problema a largo plazo, tanto física como mentalmente, o involucrarse en otras actividades durante un largo periodo de tiempo (Carr, 2006).

Skinner y Zimmer-Gembeck (2007), y Zimmer-Gembeck y Skinner (2011), a partir de una amplia revisión teórica, describen doce tipos de familias (grupos) de afrontamiento que abarcan a la mayoría de los afrontamientos descritos para la

niñez. A continuación se exponen éstas y las funciones que tienen en el proceso adaptativo:

1. Solución de problemas: incluye elaboración de estrategias, conductas instrumentales y planeación. Su función en el proceso adaptativo implica ajustar acciones para que sean efectivas. Observar y aprender, y la sensación de eficacia y dominio son elementos relevantes para la solución de problemas.
2. Búsqueda de información: implica lectura, observación y realizar preguntas a otros. La función que tiene en el proceso adaptativo a la que sirve consiste en encontrar contingencias adicionales. La curiosidad y el interés son componentes notables para esta familia.
3. Impotencia: consiste en confusión, pasividad e interferencia y agotamiento cognitivo. Encontrar límites a las acciones es su función en el proceso adaptativo. La culpa y la sensación de incompetencia se distinguen como factores implicados.
4. Escape: está integrada por evitación conductual, negación, pensamiento ilusorio y evasión mental. La función que tiene en el proceso adaptativo implica escapar de un ambiente no contingente. Huir, evitar y tener miedo están relacionados con esta familia.
5. Independencia (apoyarse en uno mismo): consta de regulación emocional y conductual, y expresión y aproximación emocional. Su función en el proceso adaptativo consiste en proteger los recursos sociales disponibles.

El orgullo y entablar y cuidar amistades son componentes que se relacionan con esta familia.

6. Búsqueda de apoyo: incluye apoyo instrumental, referencias sociales y búsqueda de contacto y comodidad. Emplea el uso de los recursos sociales disponibles para cumplir su función en el proceso adaptativo. El deseo y formar alianzas están implicados en la búsqueda de apoyo.
7. Delegar: implica búsqueda de ayuda de manera desadaptativa, quejarse, gimotear y tenerse lástima. Su función en el proceso adaptativo consiste en encontrar límites a los recursos. Tenerse lástima y vergüenza son factores involucrados en esta familia.
8. Aislamiento social: consiste en evitar, alejarse y esconderse de los demás. Su función en el proceso adaptativo implica alejarse de un contexto que no es solidario. La tristeza y el miedo son relevantes a esta familia.
9. Acomodación: incluye distracción, reestructuración cognitiva, minimización y aceptación. Ajustar preferencias de manera flexible a las opciones es su función en el proceso adaptativo. El control secundario (adaptarte al mundo) y ser capaz de diferenciar y escoger están relacionados con la acomodación.
10. Negociación: consta de persuasión, negociar y establecer prioridades. Su función en el proceso adaptativo es la búsqueda de nuevas opciones. El compromiso es relevante a esta familia.
11. Sumisión: incluye rumiación, pensamientos intrusivos y perseveración rígida. Renunciar a las preferencias es su función en el proceso adaptativo. El disgusto es un factor relacionado con la sumisión.

12. Oposición: implica culpar a otros, agresión y proyección. Su función en el proceso adaptativo consiste en remover restricciones. Para esta familia son relevantes el enojo, desafiar y pelear.

Las formas en la que cada familia de afrontamiento expresa su función en el proceso adaptativo depende de las habilidades de desarrollo de cada niño o persona. Por ejemplo, en el caso del escape (la función adaptativa es huir), éste puede ser expresado mediante abandonar la escena o evento estresante, lo cual sólo puede ocurrir si el niño es capaz de la locomoción (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Skinner y Zimmer-Gembeck (2007) señalan que las familias de solución de problemas, búsqueda de información, impotencia y escape, en general, tienen como objetivo en el proceso adaptativo coordinar acciones y contingencias en el ambiente. Por otra parte, la búsqueda de apoyo, independencia (apoyarse en uno mismo), delegar y el aislamiento social, tienen la función adaptativa general de coordinar la dependencia y los recursos sociales disponibles. Finalmente, la acomodación, negociación, sumisión y la oposición sirven a un proceso adaptativo implicado en coordinar las preferencias y las opciones disponibles.

Estas familias se presentan en función de una jerarquía adaptativa, la cual ayuda a comprender la compleja estructura del afrontamiento. Por ejemplo, la solución de problemas, que se encuentra en el tope de la jerarquía, incluye no sólo generar soluciones a los problemas, sino también otras formas de afrontamiento, tales como acciones instrumentales, planeación, toma de decisión, reparación y

esfuerzo excesivo, diseñadas para coordinar acciones que produzcan los resultados deseados o para prevenir aquellos que no se quieren (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Zimmer-Gembeck y Skinner (2011) resaltan que, a pesar de existir cientos de potenciales respuestas de afrontamiento, los niños, por lo regular, emplean formas de afrontar que se ubican en cuatro de las familias antes descritas: solución de problemas, distracción, búsqueda de apoyo y escape. Luego de estas cuatro familias, hay dos más que se utilizan de manera frecuente: acomodación e independencia (apoyarse en uno mismo), cuyo uso depende de la edad y de la naturaleza del estresor. Respecto al resto de las familias, éstas se usan con menor frecuencia o, por lo regular, en combinación con algún otro tipo de afrontamiento de los más empleados (primeros cuatro mencionados).

Por otra parte, Zimmer-Gembeck, Lees y Skinner (2011) señalan que seis de las familias antes descritas: independencia (apoyarse en uno mismo), búsqueda de apoyo, solución de problemas, búsqueda de información, acomodación, y negociación, han sido identificadas como adaptativas cuando se trata de afrontar estresores que son percibidos como controlables, ya que su uso tiende a generar resultados positivos. Estas estrategias se emplean debido a que el niño se asume como competente, capaz de tomar decisiones y solucionar problemas, además cuando perciben que pueden ser apoyados al encontrarse bajo estrés. Como se puede notar, la mayoría de estas estrategias son las que los niños tienden a emplear con mayor frecuencia ante casi todos los estresores.

El resto de las familias: impotencia, delegar, aislamiento social, sumisión, oposición, y escape, han sido caracterizadas como desadaptativas cuando se emplean al afrontar estresores percibidos como potencialmente controlables. Estos tipos de afrontamiento suelen emplearse cuando el niño aprecia que no es suficientemente competente, que no puede tomar decisiones y que el apoyo que pudiera recibir es limitado.

Desarrollo del afrontamiento en la niñez.

El tipo de situaciones o eventos que los niños perciben como estresantes cambia conforme crecen, así como también las formas en las que intentan afrontar el estrés que llegan a experimentar (Levine & Munsch, 2014).

Los patrones de afrontamiento emergen desde la infancia (Compas et al., 2014; Hernández & Gutiérrez, 2012) y continúan su desarrollo a lo largo de la niñez, adolescencia y adultez temprana. El afrontamiento está implicado en el desarrollo normativo de las personas; refleja la interacción y coordinación de procesos sociales, cognitivos, afectivos y el desarrollo del cerebro a lo largo de las diferentes etapas de la vida, particularmente las previamente mencionadas (Compas et al., 2014).

Los niños aprenden conductas de afrontamiento así como otros procesos básicos como el habla o la socialización. El afrontamiento evoluciona en los niños desde formas primitivas hacia otras más refinadas (Richaud de Minzi, 2006); de tal

manera que el número de estrategias que se pueden emplear aumenta con la edad (Spirito, Stark & Williams, 1988; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

La infancia es la etapa donde se comienza a aprender a tener algún control sobre el ambiente y a analizar la efectividad que tienen las estrategias de afrontamiento que se utilizan para hacer frente a los eventos estresantes. No obstante, los niños presentan un menor repertorio de estrategias de afrontamiento respecto a las de los adultos, además de la falta de experiencia (Hernández & Gutiérrez, 2012) y el poco control que tienen sobre las circunstancias que se presentan a su alrededor, así como la dependencia que tienen de su entorno (Hernández & Gutiérrez, 2012; Verduzco, 2004).

Factores ambientales relevantes que influyen en el afrontamiento son la familia (Nezu et al., 2014; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009; Verduzco, 2004, 2006), la escuela (Nezu et al., 2014; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009) y los pares (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009), los cuales generan demandas y actúan como filtros para estresores y recursos (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009). Todos estos factores podrán impactar de manera positiva o negativa en las habilidades de afrontamiento de los niños, generando o limitando oportunidades para que desarrollen dichas habilidades (Nezu et al., 2014; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009).

En el particular caso de la familia, ésta juega un papel de suma importancia en el desarrollo del afrontamiento, pues los niños aprenden de los cuidadores principales (adultos) diversas estrategias de afrontamiento, algunas de las cuales

no pertenecen a la etapa de desarrollo en la que están, y aprenden las consecuencias que éstas pueden tener tanto para sí mismos como en el medio (Verduzco, 2004, 2006).

Skinner y Zimmer-Gembeck (2007), y Skinner y Zimmer-Gembeck (2009) identifican algunas transiciones en el afrontamiento y las capacidades de regulación de acuerdo con ciertos periodos del desarrollo (identificados como aquellos en los que se presentan cambios trascendentales en el afrontamiento). Éstas se presentan a continuación:

- Infancia (nacimiento a los dieciocho meses): durante este periodo predominan las reacciones de estrés, las cuales representan cambios fisiológicos que afectan la modulación sensorio-motriz. La naturaleza del afrontamiento proviene de los reflejos, los cuales, conforme avanza el desarrollo, se coordinan para conformar acciones esquemáticas de afrontamiento, por ejemplo, acariciarse, o distraerse realizando otra acción. En esta etapa la regulación se logra de manera interpersonal, por lo cual, el afrontamiento, en sí, depende de las personas cercanas al infante, quienes realizan acciones de afrontamiento basadas en las expresiones de éstos.
- Preescolar (de los dos a los cinco años): en esta edad los niños comienzan a desarrollar auto-control, por lo cual el afrontamiento proviene de acciones voluntarias. La regulación se alcanza de manera interpersonal y personal. Los cuidadores principales del niño

ayudan y participan en el afrontamiento, de igual manera, los pares comienzan a tener un papel notable.

- Niñez media (seis a ocho años): ya que en esta edad se presentan cambios importantes en las capacidades cognoscitivas, la fuente del afrontamiento proviene del uso de éstas, por lo cual se emplea la solución de problemas y distracción. Los niños se vuelven capaces de generar estrategias de acción alternativas de manera intencional. La regulación se consigue de manera personal y coordinada con otros, por lo cual los adultos cercanos cooperan y apoyan al niño con sus esfuerzos de afrontamiento. Destaca que también, gracias a que en esta etapa ocurren cambios importantes en cuanto a la auto-comprensión, relaciones sociales y emociones, los pares comienzan a tener un papel más importante en el afrontamiento.
- Adolescencia temprana (diez a doce años): en esta etapa ocurren cambios fisiológicos y en los patrones de pensamiento y sentimientos acerca del *self*, las relaciones y el mundo; las experiencias sociales se incrementan y traen consigo un rango mayor tanto de posibles fuentes de apoyo como de experiencias estresantes. En este periodo el afrontamiento proviene de medios metacognitivos, por lo cual los adolescentes son capaces de regular sus acciones de afrontamiento basándose en preocupaciones futuras, incluyendo metas a largo plazo y efectos en los demás. La regulación se logra de manera personal proactiva. Los adultos cercanos apoyan recordando o mostrando formas de afrontar.

De manera general, el desarrollo de las estrategias de afrontamiento que utilizan los niños empieza con el empleo de conductas que generan apoyo por parte de los demás (Hernández & Gutiérrez, 2012), conforme crecen los niños el afrontamiento se vuelve más activo y dependiente de ellos (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009); las estrategias comienzan a enfocarse en contener sentimientos de vulnerabilidad (Hernández & Gutiérrez, 2012; Levine & Munsch, 2014) y, posteriormente, tienden hacia el uso de estrategias de carácter cognitivo para resolver problemas y manejar emociones relacionadas con éstos (Hernández & Gutiérrez, 2012).

En el primer año de vida los menores logran regular su tipo de llanto, solicitar estimulación mediante el contacto visual, sonrisas y gorgoreo, o chuparse el dedo para confortarse, entre otras; del primer año de edad al segundo, los niños logran apoyarse en alguno de sus padres como medio de seguridad, tal es el caso de tomarlos de la mano o realizar contacto visual con ellos (Verduzco, 2004).

Los niños de edad preescolar tienden, principalmente, a buscar apoyo por parte de los adultos (Díaz, 2005; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), o emplean conductas evidentes para lograr lo que quieren, superar obstáculos, distraerse (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), o para escapar (Díaz, 2005; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), evitar (Díaz, 2005) y negar situaciones estresantes, así como de las emociones generadas por éstas (Verduzco, 2004).

La búsqueda de apoyo por parte de los adultos es la principal estrategia empleada y sirve para apoyar a otras estrategias. Las principales alternativas a la

búsqueda de apoyo son el escape y la evitación, estrategias que pueden permitir a los niños volver a afrontar al estresor una vez que se hayan tranquilizado (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Cabe resaltar que la búsqueda de apoyo es más útil para el desarrollo que el escape al enfrentarse a obstáculos, pues el trabajo cooperativo de afrontamiento entre el niño y un adulto competente y solidario resulta como una guía hacia formas más independientes y complejas de solución de problemas, negociación y manejo de emociones (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Los niños preescolares no suelen utilizar estrategias de afrontamiento centradas en el problema, pues aún no tienen la habilidad cognitiva suficiente para entender por completo las fuentes que les ocasionan estrés. Así pues, un niño en esta etapa que no quiere ser separado de sus padres correrá hacia ellos. Las estrategias centradas en la emoción que emplean tienden a ser simples y directas, como sería acariciarse cuando se sienten tristes (Levine & Munsch, 2014).

Durante los primeros años de la etapa escolar, de los seis a nueve años, los niños buscan ser más independientes (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011) y las estrategias de afrontamiento se vuelven más sofisticadas debido al aumento en las capacidades cognitivas (Díaz, 2005; Levine & Munsch, 2014; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), las cuales les permiten entender de mejor forma lo que les ocurre y así identificar lo que podría funcionar para ellos con mayor frecuencia (Levine & Munsch, 2014).

El empleo de estrategias cognitivas de afrontamiento destaca durante esta etapa, principalmente la solución de problemas (Díaz, 2005; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), estrategias complejas de distracción y la capacidad de direccionar la atención de manera intencional hacia características positivas de las situaciones estresantes (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Cabe señalar que aún cuando las estrategias cognitivas destacan en este periodo, los niños aún emplearán más acciones conductuales de afrontamiento (Díaz, 2005; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), como la solución instrumental de problemas (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Conforme crecen los niños, las estrategias de carácter cognitivo serán más utilizadas (Díaz, 2005; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Ya que los niños comienzan a tener una comprensión más específica de las situaciones, empiezan a diferenciar con qué personas acudir de acuerdo al tipo de estresores a los que se enfrentan. De igual manera, logran aprovechar este tipo de apoyo más específico para renovar sus esfuerzos de afrontamiento independientes que están más coordinados con las contingencias del ambiente y con sus habilidades interpersonales (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Aunque los padres (cuidadores principales) aún son la principal fuente de apoyo, durante esta etapa los niños comienzan a apoyarse en sus compañeros (Verduzco, 2004; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011) y profesores para resolver sus problemas y como apoyo emocional ante éstos (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Durante estos años, las crecientes habilidades de los niños para conocer la perspectiva de otros les permite tener una mejor coordinación de sus estrategias de afrontamiento con los patrones sociales existentes y negociar de manera más efectiva ante estresores interpersonales (los cuales son las situaciones estresantes más comunes entre niños escolares y adolescentes) [Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011].

Alrededor de los diez a catorce años el afrontamiento de los niños se vuelve cada más independiente de los demás debido a que las estrategias cognitivas son cada vez más importantes para guiar las acciones y regular las emociones ante el estrés generado por las situaciones (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Los niños mayores comienzan a emplear con más frecuencia estrategias de carácter cognitivo que conductuales, por ejemplo, usan la solución planificada de problemas más que la solución instrumental de problemas, y emplean la distracción cognitiva más que la conductual. Es relevante mencionar que la solución planificada de problemas es la estrategia de afrontamiento que más reportan emplear los niños de estas edades (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Las estrategias centradas en la emoción evolucionan con mayor velocidad durante estas edades (continuando así hacia la adolescencia) [Díaz, 2005; Levine & Munsch, 2014]. Los niños tienen una mejor habilidad para atender y reflexionar acerca de sus propios estados emocionales y emplean estrategias cognitivas sofisticadas, como hablarse a sí mismos de manera positiva, las cuales les

permiten reducir las emociones de carácter negativo resultantes de los eventos estresante (Díaz, 2005; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Cabe señalar que en estas edades y en la adolescencia no se dejan de utilizar estrategias de afrontamiento que son ocupadas con mayor frecuencia en etapas anteriores, como es el caso de la búsqueda de contacto y la distracción conductual, sino que tienden a utilizarse sólo ante situaciones de estrés extremo (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Skinner y Zimmer-Gembeck (2007), y Zimmer-Gembeck y Skinner (2011) describen, en el caso de algunas de las familias de afrontamiento de los niños reportadas previamente en este capítulo, cómo se desarrollan según ciertos periodos de vida: 1) infancia (nacimiento a dieciocho meses), 2) preescolar (dos a cinco años), 3) niñez media (seis a nueve años), 4) adolescencia temprana (diez a catorce años) y 5) adolescencia media y tardía (catorce a veintidós años). Las familias que se describen a continuación son las que han sido más estudiadas y, por lo tanto, de las que se tienen mayores datos.

- Solución de problemas: en general, esta estrategia es la que los niños tienden a emplear con mayor frecuencia, incluso más que la búsqueda de apoyo o la distracción (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), sobre todo luego de los ocho años de edad, pues previo a esta edad el empleo de estas estrategias es modesto (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Es posible que esto se deba que la solución de problemas es una

estrategia que sirve para casi todo propósito, ya que puede emplearse para lidiar, prácticamente, con la mayoría de los estresores (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Tan pronto como los infantes ganan control motriz, éstos tienden a emplear conductas instrumentales (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), como la repetición y práctica (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), para cambiar la situación estresante (a veces denominada como control primario o acercamiento al problema), lo cual es una forma básica de solución de problemas (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Este tipo de estrategias de solución de problemas continuarán empleándose durante la etapa preescolar (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Posteriormente, durante la niñez media se logran realizar estrategias y buscar medios alternativos mentalmente (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011); se comienza a emplear más la solución cognitiva de problemas, mediante, por ejemplo, la planeación de estrategias (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Durante la adolescencia temprana se emplea, además de la planeación, el aprendizaje autoregulado; finalmente, en la adolescencia media y tardía la prevención y la coordinación de múltiples actividades son las formas de afrontamiento empleadas (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

- Escape: es una forma de afrontar comúnmente caracterizada como desadaptativa (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Tiende a emplearse en todas las edades, aunque suele ser más utilizada por niños entre los cinco y los nueve años (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Su uso depende de los estresores específicos a los que se enfrenten los niños (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). El tipo de escape más empleado es el conductual, el cual se da durante la niñez temprana al enfrentar estresores incontrolables (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Durante la infancia, el escape se expresa mediante miradas de aversión y señales a los cuidadores, y en el preescolar se muestra con el escape conductual (alejarse de la situación). En la niñez media se nota mediante la evasión mental, después, en la adolescencia temprana, se utiliza la evitación (conductual) de situaciones potencialmente negativas; y, finalmente, en la adolescencia media y tardía se logra decidir en qué situaciones se participará (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

- Búsqueda de apoyo: es una forma compleja de afrontamiento y es de las estrategias más empleada en todas las edades. La búsqueda de apoyo depende del nivel de desarrollo, las formas en las que se

busca el apoyo, la fuente que lo brinda y el tipo de apoyo que se dé (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

En los primeros años de vida, los niños se vuelven capaces de buscar a las figuras de apego cuando se sienten estresados (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). A los cinco meses de edad las estrategias se vuelven más dirigidas (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), los niños logran buscar y establecer contacto visual con sus cuidadores cuando desean ser apoyados de alguna manera, por ejemplo, tranquilizarse, además, logran modular sus expresiones faciales de tal manera que logran guiar las acciones instrumentales de los otros, principalmente de los cuidadores principales (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Alrededor de los cuatro años, los niños comienzan a buscar apoyo por parte de sus pares y no sólo de los adultos (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), aunque aún preferirán ser apoyados por sus padres. En cambio, los niños mayores de siete años comienzan a preferir ayuda de los pares que de los adultos (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Esta nueva dinámica continuará desarrollándose hasta, aproximadamente, los doce años, cuando la búsqueda de apoyo sea mayoritariamente en el grupo de pares, lo cual será aún más notorio en etapas posteriores (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Es importante hacer notar que aunque se da un proceso respecto a la preferencia de las fuentes de apoyo a las que se acuden, debido a que los niños tienen una buena capacidad para determinar qué fuente de apoyo es la más adecuada según el tipo de problema al que se enfrentan, éstos buscarán ser apoyados por adultos o sus pares según la situación, independientemente de la edad que tengan; por ejemplo, cuando los niños identifican una situación incontrolable o en la que los adultos tengan autoridad, con mayor frecuencia buscarán apoyo por parte de éstos. Al llegar la adolescencia temprana, las personas se vuelven aún mejores para determinar la mejor fuente de apoyo dependiendo del problema particular y tomando en cuenta una mayor cantidad de factores relacionados con éste (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

- Distracción: en general, esta familia de afrontamiento es empleada por infantes, preescolares, niños y adolescentes (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner; 2011). Los infantes y preescolares preferirán el uso de estrategias de distracción conductual (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner; 2011), mientras que los adolescentes emplearán más las estrategias de distracción cognitiva, las cuales serán utilizadas por los niños cuando no pueden optar por la distracción conductual (Zimmer-Gembeck & Skinner; 2011).

En la infancia, la distracción conductual se muestra mediante observar un objeto atractivo o distraerse con los cuidadores principales (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner; 2011). Los niños menores de seis meses tienden a distraerse mediante sólo la desviación de la mirada (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007), mientras que los niños entre los seis y doce meses, debido al incremento en las capacidades motrices, emplean la distracción conductual mediante voltear la cabeza y observar otro objeto (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner; 2011). Este tipo de estrategias de distracción conductual seguirán empleándose durante la etapa preescolar, cuando, además, los niños se distraerán haciendo alguna otra acción (Zimmer-Gembeck & Skinner; 2011).

En la niñez media, las tácticas de distracción conductual que se emplean con mayor frecuencia son mantenerse ocupado o jugar a algo (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). En esta etapa se comienzan a emplear estrategias de distracción cognitiva básicas, por ejemplo, pensar en algo más. En la adolescencia temprana se planean actividades para distraerse (lo cual consigue mezclar a la distracción cognitiva y conductual). Finalmente, en la adolescencia intermedia y tardía se llega a emplear la meditación y la relajación guiada (Zimmer-Gembeck & Skinner; 2011).

- **Búsqueda de información:** durante la infancia se muestra mediante la observación y referencias por parte de los demás. En el preescolar se expresa al pedir información a través de preguntas. En la niñez media se observa a los demás y se aprende de ellos, así como de la comparación social y de la experiencia. En la adolescencia temprana se realizan búsquedas de información de manera independiente (mediante libros o recursos electrónicos). Finalmente, en la adolescencia media y tardía, se logra la integración de múltiples fuentes de información (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Cabe señalar que aunque es posible observar la evolución de las estrategias de afrontamiento conforme el desarrollo de los niños, éstas también dependen de las vivencias y aprendizajes que experimentan, por lo cual se puede presentar variabilidad entre las estrategias de afrontamiento en los niños aun cuando tengan la misma edad (Griffith, Dubow e Ippolito, 2000).

Afrontamiento y salud en la niñez

El afrontamiento es un concepto clave para la teoría e investigación acerca de la adaptación y la salud (Lazarus, 1993a). Se ha identificado que la forma en la que las personas afrontan al estrés tiene un impacto mayor en la salud y en la enfermedad que la frecuencia y severidad de los estresores a los que se encuentran expuestas las personas (Verduzco, 2006).

Los estudios acerca del afrontamiento han contribuido al conocimiento de factores que pueden poner en riesgo el desarrollo sano de los niños (Morales & Trianes, 2010; Verduzco, 2006), ya que el uso de diferentes estrategias de afrontamiento implican distintos resultados de adaptación, desadaptación, salud y enfermedad mental (Morales & Trianes, 2010).

El afrontamiento sirve como un regulador de la perturbación emocional, de tal manera que si es efectivo, impide que se presente el malestar y en el caso contrario, afecta la salud del individuo (Hernández, 2011).

Las estrategias de afrontamiento pueden generar resultados adaptativos, reduciendo el estrés, reforzando la autoestima, minimizando reacciones emocionales negativas, entre otras; o también pueden implicar resultados desadaptativos, que reducen el estrés, pero sólo a corto plazo. En caso de que las experiencias estresantes en la niñez sean especialmente intensas, que impliquen una gran exigencia para las capacidades de afrontamiento de los niños, superándolas, aumenta la probabilidad de que se presenten efectos negativos a nivel biológico y en las mismas capacidades de afrontamiento (Nezu et al., 2014).

Nezu et al. (2014) mencionan que la solución ineficaz de problemas, aquellas tendientes a la evitación o a la impulsividad, se han relacionado con conductas de ideación suicida en adolescentes, y depresión y ansiedad infantil y adolescente. Por el contrario, la solución eficaz de problemas, la cual se orienta de manera directa al problema, se ha relacionado con un mejor ajuste social,

biológico y psicológico en los niños y adolescentes, de hecho, de manera general en las personas.

Estrategias de solución activa del problema han correlacionado negativamente con problemas conductuales y, por el contrario, el uso de estrategias de tipo emocional correlacionan positivamente con problemas conductuales (Morales & Trianes, 2010). Además, se ha demostrado que estrategias de solución activa del problema ayudan a reducir los efectos negativos que tiene el estrés en la salud y modificar el tipo de respuestas desadaptativas que las personas suelen tener ante situaciones estresantes (Sontag & Graber, 2010).

Estrategias de afrontamiento de aproximación (o compromiso) al problema, así como la búsqueda de apoyo social se asocian con un mejor ajuste en los niños cuando presentan problemas interpersonales, mientras que estrategias centradas en la evitación del problema se relacionan con un mayor desajuste, generando, concretamente, sintomatología depresiva y ansiosa (Morales & Trianes, 2010). De manera similar, Escobar, Trianes, Fernández-Baena y Páez (2010) identificaron que estrategias orientadas al problema (por ejemplo, búsqueda de apoyo, o solución instrumental del problema) se relacionan con resultados positivos de adaptación social en los niños, en cambio, estrategias de afrontamiento clasificadas como improductivas o no constructivas (por ejemplo, conductas agresivas) se asocian con relaciones sociales no satisfactorias.

Compas et al. (2001) señalan que el afrontamiento de compromiso y centrado en el problema frecuentemente correlaciona de manera negativa con sintomatología internalizada y externalizada. Por el contrario, el afrontamiento de abandono y el centrado en la emoción suelen correlacionar positivamente con sintomatología internalizada; aunque en pocos estudios también han correlacionado de manera negativa. En el caso del afrontamiento de abandono, éste ha correlacionado de manera negativa con sintomatología externalizada. Por su parte, el afrontamiento centrado en la emoción ha correlacionado positivamente con estos síntomas.

Compas, Champion y Reeslund (2005) mencionan que los afrontamientos de control primario y secundario (afrontamiento de compromiso) han sido relacionados con una menor cantidad de síntomas internalizados y externalizados en niños. En contraste, el afrontamiento de abandono ha sido típicamente asociado con un incremento en sintomatología internalizada y externalizada, como ansiedad, depresión y conductas agresivas.

En general, se ha concluido que estrategias de afrontamiento orientadas al problema se asocian con resultados adaptativos, lo cual tiene un impacto positivo en la salud de los niños, mientras que estrategias de afrontamiento que tienden a la evitación del problema suelen asociarse con resultados desadaptativos, afectando la salud tanto física como mental de los menores (Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres & Sobral-Fernández; Morales & Trianes, 2010; Sontag & Graber, 2010).

Finalmente, al respecto de cómo el afrontamiento se relaciona con la salud de los niños, cabe mencionar que, en general, las consecuencias que provoca el empleo de alguna estrategia de afrontamiento que resulte desadaptativa, serán las mismas relacionadas con los efectos negativos del estrés, pues esto implica que se falló en controlar al estresor o regular el impacto emocional de éste (Compas et al., 2005)

Medición del afrontamiento en la niñez

Existen diversos métodos para medir al afrontamiento. Entre los más comunes utilizados destacan la observación (en ocasiones empleando listas de comprobación), entrevistas abiertas, cuestionarios (Morales, 2008; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), auto-reportes (principalmente para niños mayores y adolescentes) [Morales, 2008; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011] y reportes por parte de los padres y profesores (principalmente en forma de listas de comprobación) [Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011].

En el presente apartado se han mencionado algunas de las dificultades que se presentan para investigar el afrontamiento en la niñez. En el específico caso de las mediciones, Zimmer-Gembeck y Skinner (2011) señalan que existen diversos problemas respecto a cómo medir el afrontamiento según las diferentes edades, debido a las capacidades propias de cada momento del ciclo vital; además, destacan las dificultades respecto a las diferencias entre las teorías del

afrontamiento sobre las que se basa cada investigación y en las formas en las que se denominan o agrupan las diferentes estrategias y tipos de afrontamiento en éstas.

Compas et al. (2001) mencionan que existen cinco problemas metodológicos importantes en cuanto a la medición del afrontamiento infantil. El primero se relaciona con los métodos de evaluación, los cuales son ampliamente criticados debido a la falta de un marco teórico estable, a que utilizan demasiados reactivos, los cuales tienden a ser confusos, y que no evalúan estrategias cognitivas de manera correcta.

El segundo problema se refiere a la fuente información, pues se critica que existe un exceso de confianza en la información brindada por los auto-reportes, la cual puede no ser del todo certera, pues los instrumentos requieren que las personas recuerden lo que han hecho para enfrentar estresores, lo cual no suelen hacer de manera correcta, sobre todo los niños; además, la información brindada suele estar sesgada por las habilidades de afrontamiento de la persona en el momento de la evaluación, las cuales puede diferir de aquellas cuando se le hizo frente a algún estresor. Por otra parte, los auto-reportes se ven limitados por el deseo de los individuos (niños en este caso) por reportar el uso de estrategias tanto adaptativas como desadaptativas. Finalmente, resulta relevante que existen pocas medidas paralelas para los instrumentos, con lo cual se pudiera comparar la información brindada en los auto-reportes con otra fuente, como serían los cuidadores principales de los niños (Compas et al., 2001).

Ante esta crítica de los auto-reportes, se ha enfatizado la importancia de los métodos observacionales para medir el afrontamiento y los reportes de otras personas, medidas que se pueden emplear de manera conjunta con los auto-reportes. No obstante, el desarrollo de estos otros dos tipos de medidas ha sido limitado (Compas et al., 2001).

El tercer problema metodológico implica la percepción de los niños para responder ante las preguntas que implican un grado de cantidad respecto a qué tanto emplean una estrategia de afrontamiento. Los niños, sobre todo los pequeños, presentan limitadas capacidades para identificar qué tanto utilizan alguna estrategia, así como diferenciar entre éstas. Resulta importante que los instrumentos sean claros y explícitos en las dimensiones de afrontamiento que miden y en los reactivos que emplean (Compas et al., 2001).

El cuarto implica a los diseños de investigación empleados. Los estudios transversales son los más utilizados para explorar el afrontamiento infantil y aunque éstos brindan una gran cantidad de información útil, es posible que ésta pudiera ser engañosa. Debido a que los niños ocupan diversas estrategias de afrontamiento al enfrentar un estresor, es posible que se generen correlaciones erróneas entre el uso de ciertas estrategias y un pobre ajuste psicológico, pues la información recabada por los estudios transversales no siempre permite identificar qué estrategias de afrontamiento resultaron desadaptativas y cuales adaptativas (Compas et al., 2001).

Finalmente, el quinto problema se relaciona con los objetivos de las investigaciones, ya sea medir las respuestas ante un tipo de estresor o los estilos de afrontamiento. Los instrumentos han fallado en lograr generar información amplia y detallada acerca de las diferentes formas en las que los niños le hacen frente a un estresor único, y tampoco han logrado brindar suficiente información acerca de cómo los niños definen un episodio de afrontamiento, por lo cual resulta complicado determinar cuáles acciones son consideradas por los niños como afrontamiento. Estas deficiencias han impactado al tratar de determinar estilos de afrontamiento en la niñez.

A continuación se presentan algunos ejemplos de instrumentos, la mayoría en formato auto-reporte, pues han sido los que más destacan en la investigación del afrontamiento infantil (Morales, 2008). Como se podrá observar, el rango de estos instrumentos se ubica entre los ocho y doce años.

Spirito, Stark y Williams (1988) diseñaron el *Kidcope*, un instrumento en forma de lista de chequeo diseñado para medir diez estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales: distracción, aislamiento social, pensamiento ilusorio, resignación, autocrítica, culpar a otros, solución de problemas, regulación emocional, reestructuración cognitiva y apoyo social. Existen dos versiones de este instrumento, la de adolescentes se aplica desde los trece hasta los dieciocho años, consta de un ítem por cada categoría de afrontamiento, los cuales tienen una escala tipo Likert de cinco opciones para ser respondidos; la versión para niños, que abarca de los siete a los doce años, está compuesta por quince reactivos divididos entre las diez estrategias de afrontamiento de la versión para

adolescentes y se responden de manera dicotómica (si o no). Se pueden obtener dos tipos de medidas a partir de estas escalas, una que indica la frecuencia con la que se emplea cada estrategia de afrontamiento y una que revela la eficacia de éstas (Spirito, Stark & Williams, 1988; Donaldson, Prinstein, Danovsky, Spirito, 2000).

Ryan-Wegner (1990) diseñó el *Schoolagers Coping Strategies Inventory*, para niños estadounidenses de ocho a doce años, el cual mide el afrontamiento ante estresores generales; cuenta con veinticinco ítems, con cuatro opciones de respuesta cada uno, las cuales indican la frecuencia del uso de la estrategia de afrontamiento y su utilidad (Compas et al., 2001).

Ayers, Sandler, West y Roosa diseñaron el *Children's Coping Strategies Checklist (CCSC)*, el cual es un auto-reporte para niños estadounidenses entre los nueve y trece años de edad, en el que describen sus esfuerzos de afrontamiento. Está compuesto por cincuenta y cuatro reactivos con cuatro opciones de respuesta cada uno y de cuatro factores: estrategias de afrontamiento activas, estrategias de distracción, estrategias de evitación, y estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo, cada uno con diversas subescalas (Arizona State University, 1999).

Richaud de Minzi (2006) creó el *Cuestionario Argentino de Afrontamiento* para niños de ocho a doce años de edad, basado en las dimensiones de afrontamiento propuestas por Billings y Moos (1981), quienes propusieron nueve dimensiones del afrontamiento: análisis lógico, reestructuración cognitiva,

evitación cognitiva, búsqueda de apoyo social, acción sobre el problema, gratificación alternativa, control de emociones, paralización y descontrol emocional. El instrumento está compuesto por dos factores: estrategias disfuncionales y estrategias funcionales, y veintisiete reactivos, con tres opciones de respuesta cada uno; se incluyen tres preguntas por cada uno de las nueve dimensiones propuestas por Billings y Moos.

Morales, Trianes, Miranda, Fernández y Escobar (2008) diseñaron el instrumento *Estrategias situacionales de afrontamiento en niños y en niñas* (ESAN), para niños españoles entre los nueve y doce años. Mide estrategias de afrontamiento ante problemas relacionados con el contexto familiar, la salud, tareas escolares y relaciones sociales. Es un auto-informe que consta de cuarenta reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco opciones; además, por cada tipo de problema existe la posibilidad de emitir una respuesta abierta donde se puede describir alguna estrategia que no se encuentre entre las propuestas (Morales & Trianes, 2010).

Morales-Rodríguez et al. (2012), diseñaron la *Escala de Afrontamiento para Niños* (EAN), la cual se enfoca en medir el afrontamiento al estrés cotidiano que experimentan los niños. Este instrumento consta de treinta y cinco reactivos, cada uno con tres posibles respuestas, y mide nueve factores de primer orden: (1) indiferencia, (2) conducta agresiva, (3) reservarse el problema para sí, (4) evitación cognitiva, (5) evitación conductual, (6) solución activa, (7) comunicar el problema a otros, (8) búsqueda de información y guía, y (9) actitud positiva; los cuales se agrupan en dos factores relacionados de segundo orden: afrontamiento

improductivo (primeros cinco factores de primer orden) y afrontamiento centrado en el problema (factores de primer orden del seis a nueve). Este instrumento está enfocado para niños de habla hispana de nueve a doce años, aunque sólo ha sido estandarizado para españoles.

Lucio, Durán y Heredia (2015) elaboraron la *Escala Infantil de Afrontamiento (EIA)*, la cual aún se encuentra en su versión para investigación. Ésta consta de cuarenta y cinco reactivos, cada uno con cuatro opciones de respuesta, y mide cuatro tipos de afrontamiento: (1) disfuncional, el cual está conformado por dieciséis reactivos y cuatro estrategias (enojo, autoagresión, oposición, y aislamiento social o retraimiento), (2) funcional, conformado por dieciséis reactivos y seis estrategias de afrontamiento (negociación, autocrítica, autosuficiencia, resolución de problemas, adaptación, y búsqueda de apoyo), (3) centrado en la emoción, el cual se compone de ocho reactivos y cuenta con dos estrategias de afrontamiento (tristeza y miedo); y (4) evitativo compuesto por cinco reactivos y dos estrategias de afrontamiento: (distracción y evitación). Como ya se mencionó previamente en este capítulo, este instrumento destaca, pues es el único realizado para niños mexicanos de ocho a doce años.

Cabe señalar que este instrumento, en una versión previa, ya ha sido empleado para realizar investigación, como es el caso del trabajo elaborado por González (2014), quien tuvo como objetivo correlacionar la percepción del estrés y las estrategias de afrontamiento utilizadas por niños diagnosticados con cáncer entre los siete y trece años de edad.

Finalmente, se mencionan algunas entrevistas, todas para población de habla inglesa, que se han diseñado para medir el afrontamiento de los niños ante estresores generales. Éstas, a diferencia de los cuestionarios (auto-reportes) llegan a considerar a niños de cinco a doce años. Es importante mencionar que, de manera general, se ha realizado una pequeña cantidad de este tipo de mediciones, ya sea para investigar el afrontamiento infantil ante estresores generales o específicos (Compas et al., 2001).

Altshuler y Ruble (1989) elaboraron una entrevista para niños de cinco a once años de edad, para medir el afrontamiento ante estresores hipotéticos (historias contadas) respecto a la anticipación de eventos deseables y temidos. La entrevista dura de treinta a cuarenta minutos y se emplean preguntas abiertas para conocer las respuestas de afrontamiento de los niños, y preguntas específicas para detectar el uso de estrategias centradas en el problema y en la emoción. La entrevista detecta las siguientes escalas de afrontamiento: acercamiento (enfaticar lo positivo o afrontamiento enfocado en el problema), manipulación directa de emociones (llorar, rezar o hacer algo para relajarse), evitación parcial (distracción cognitiva, como fantasear o pensar acerca de algo divertido, y distracción conductual, por ejemplo, jugar o leer,), evitación total (escape y negación), y estrategias desadaptativas (toda estrategia que no aumentara el estrés en lugar de reducirlo) [Altshuler & Ruble, 1989].

Bernzeig, Eisenberg y Fabes desarrollaron, en 1993, una entrevista para niños entre los cinco y ocho años de edad. Esta mide afrontamiento ante estresores relacionados con uno mismo (self), como ser rechazado, o que se

burlen de uno mismo, y estresores relacionados con los demás, por ejemplo, un amigo que llora porque otro amigo lo rechazó, o un amigo que se ha lastimado por caerse de la bicicleta. Se entrevista a los niños acerca de qué hacen ante este tipo de situaciones estresantes, pidiendo que recuerden alguna situación que hayan vivido relevante al tipo de estresor, y pidiendo que describan qué pensaron e hicieron durante el evento y qué les hizo pensar que las acciones que realizaron iban a ayudar a que la situación mejorara. Las respuestas de los niños se califican con un punto si reportan haber hecho algo y con cero puntos si no hicieron nada. La entrevista detecta estrategias de afrontamiento como resolución directa de problemas, distracción y evitación, expresar emociones, búsqueda de apoyo para solucionar el problema y para regular emociones, evitación cognitiva, toma de decisiones cognitivamente, no hacer nada, y afrontamiento enfocado en el problema y enfocado en la emoción (Compas et al., 2001).

Cabe destacar que se han construido otros instrumentos, entrevistas y observaciones para población infantil respecto a cómo afrontan estresores específicos, como es el caso de vivir con papás que tienen cáncer, acudir a un hospital, vivir con alguna enfermedad o lidiar con el dolor (Blount et al., 2008; Compas et al., 2001).

Al respecto de las investigaciones acerca del afrontamiento infantil, así como de aquellas referentes al estrés, éstas se han desarrollado, en su mayoría, fuera de México, lo cual es notorio en la investigación que se realiza en el presente texto. Por ello que se destaquen los trabajos realizados por Verduzco (2004, 2006), Verduzco, Lucio y Durán (2004) y Lucio, Durán y Heredia (2011),

Hernández (2011), Hernández y Gutiérrez (2012) y González (2014) acerca del estrés y afrontamiento, ya que éstos han sido realizados en niños mexicanos. Si bien no son muchas referencias, son investigaciones que han logrado superar las dificultades para el estudio del afrontamiento en la niñez y que aportan información sólida para continuar desarrollando el estudio del afrontamiento en población infantil mexicana.

Como se ha podido apreciar a lo largo de este capítulo, los conceptos de estrés y afrontamiento están íntimamente relacionados, pues el afrontamiento se refiere al proceso (Frydenberg, 2008; Hernández & Gutiérrez, 2012; Lazarus, 1993a; Levine; 1983) autoregulatorio (Compas et al., 2005) que implica respuestas emocionales (Hernández & Gutiérrez, 2012), cognoscitivas, conductuales (Compas et al., 2005; Frydenberg, 2008; Sontag & Graber, 2010) voluntarias (Compas et al., 2005; Sontag & Graber, 2010) que utilizan las personas para manejar y tolerar el estrés (Compas et al., 2005; Hernández & Gutiérrez, 2012; Lazarus, 1993a; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009). Las acciones del proceso de afrontamiento pueden dirigirse tanto hacia los estresores como hacia las propias respuestas físicas, psicológicas y sociales del individuo (Sandín, 2003).

Similar al estrés, el afrontamiento está determinado por las características individuales (Compas, 1987; Sandín, 2003) y los significados que tienen las personas acerca de los eventos (González et al., 2002), los acontecimientos del ambiente (Compas et al., 2005; González et al., 2002) y la interacción entre el medio y la persona (González et al., 2002).

A partir de la información recabada en el capítulo, se exalta la importancia de continuar desarrollando un marco teórico acerca del afrontamiento infantil, que se base en investigaciones realizadas con niños, en lugar de seguir aplicando los conceptos del afrontamiento relacionados con los adultos a los infantes (Hernández & Gutiérrez, 2012; Smith & Carlson, 1997).

Los principales métodos utilizados en las investigaciones para medir el afrontamiento en niños son la observación, entrevistas abiertas, cuestionarios (Morales, 2008; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), auto-reportes (Morales, 2008; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), y reportes por parte de los padres y profesores (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Entre estos métodos, los que más destacan son los cuestionarios tipo auto-reporte, particularmente para niños de ocho a doce años (Morales, 2008), dejando un amplio campo para el desarrollo de instrumentos de medición de diferentes tipos y que abarquen un rango de edad más amplio.

Sin embargo, es importante que se tenga en cuenta que realizar investigaciones acerca de la forma en la que los niños afrontan presenta vastas dificultades metodológicas, por lo cual ha resultado complejo conformar un marco teórico sólido (Compas et al., 2001; Smith y Carlson, 1997; Verduzco, 2006; Zimmer-Gembeck y Skinner, 2011).

No obstante, a pesar de tales dificultades metodológicas, se han logrado conocer diversos aspectos fundamentales acerca del afrontamiento en la niñez.

El afrontamiento infantil se ha clasificado de distintas maneras (Compas et al., 2001; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), aunque la mayoría de los tipos de afrontamiento identificados pueden dividirse en dos grandes categorías: (a) compromiso (o control), y (b) abandono (incluye evitación) [Compas et al., 2005]. Entre estas categorías sobresalen las siguientes formas de afrontamiento, que son las más empleadas por los niños: solución de problemas, búsqueda de apoyo, distracción y escape (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

En el particular caso de las investigaciones en probación infantil mexicana, los tipos de afrontamiento que más destacan en éstas son: (a) Afrontamiento de control directo, (b) Afrontamiento de control indirecto, y (c) Afrontamiento de abandono de control [Hernández, 2011; Hernández & Gutiérrez, 2012; Verduzco, Lucio & Durán, 2004)], los cuales se contemplan en las dos grandes categorías antes mencionadas (Compas et al., 2005).

Los patrones de afrontamiento emergen desde la infancia (Compas et al., 2014; Hernández & Gutiérrez, 2012) y continúan desarrollándose a lo largo de la vida (Compas et al., 2014) en función de las características individuales, el contexto y las relaciones sociales (Nezu et al., 2014; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009). El afrontamiento evoluciona desde formas primitivas hacia otras más refinadas (Richaud de Minzi, 2006), así pues, la cantidad de estrategias que se pueden emplear aumenta con la edad (Spirito, Stark & Williams, 1988; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

De manera general, en el presente capítulo se pudo conocer que el afrontamiento está directamente relacionado con el desarrollo. Las primeras expresiones de éste implican estrategias conductuales para generar apoyo por parte de los demás (Hernández & Gutiérrez, 2012; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009), luego, en la etapa preescolar, los niños se vuelven más activos y responsables de sus estrategias de afrontamiento, las cuales son principalmente de carácter conductual; finalmente, en la etapa escolar, debido al aumento en las capacidades cognitivas (Díaz, 2005; Levine & Munsch, 2014; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), los niños comienzan a utilizar estrategias cognitivas de afrontamiento, particularmente la solución de problemas (Díaz, 2005; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011), las cuales serán ocupadas con mayor frecuencia conforme crecen (Díaz, 2005; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

También se refirió que el uso de diferentes estrategias de afrontamiento implican distintos resultados de adaptación o desadaptación (Morales & Trianes, 2010; Nezu et al., 2014). Las estrategias de afrontamiento pueden considerarse como adaptativas en función del contexto en el que se apliquen (Gómez-Fraguela et al., 2006): si permiten al individuo continuar con el logro de sus metas personales y sociales (Levine, 1983) y si consiguen disminuir las reacciones cognoscitivas, fisiológicas, emocionales y conductuales negativas generadas por el estrés experimentado. En el caso contrario, se consideran desadaptativas (Campos et al., 2004), con lo cual se mantendrán los efectos negativos provocados por el estrés (Compas et al., 2005).

Se concluye que estrategias de afrontamiento orientadas hacia el problema se asocian con resultados adaptativos, lo cual tiene un impacto positivo en la salud de los niños, mientras que estrategias de afrontamiento que tienden a la evitación del problema suelen asociarse con resultados desadaptativos, afectando la salud física y mental de los menores (Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres & Sobral-Fernández; Morales & Trianes, 2010; Sontag & Graber, 2010).

Finalmente, se resalta que la investigación acerca del afrontamiento en México es relativamente escasa, siendo los trabajos de Verduzco (2004, 2006); Verduzco, Lucio y Durán (2004); Lucio, Durán y Heredia (2015); Hernández (2011); Hernández y Gutiérrez (2012); y González (2014) los que destacan como las investigaciones que han logrado superar las vastas dificultades metodológicas que implica el estudio del afrontamiento infantil y que aportan información consistente para continuar el desarrollo del estudio de este concepto en niños mexicanos.

En el siguiente capítulo se abordará el modelo cognitivo conductual para conocer diferentes propuestas que exponen este tipo de tratamientos para atender las consecuencias negativas que tiene el estrés en los niños e impactar en la forma en la que éstos lo afrontan.

Capítulo III. Terapia cognitivo conductual aplicada a niños

Generalidades de la terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo-conductual (TCC) tiene sus orígenes en la terapia conductual y en el posterior desarrollo de las terapias cognitivas (Gilman & Chard, 2015; Hazlett-Stevens & Craske, 2004; Pérez, 2006, 2014; Ruiz, Díaz & Villalobos, 2013). Hoy en día el término terapia cognitivo-conductual es empleado para referirse a una amplia clasificación de tratamientos (Dobson & Dozois, 2010; Gilman & Chard, 2015; Hazlett-Stevens & Craske, 2004; Stallard, 2007; Ruiz et al., 2013).

El desarrollo histórico de las terapias cognitivo-conductuales se ha dividido en tres olas o generaciones. La primera ola se refiere al desarrollo de la terapia conductual, creada en los años cincuenta (Hazlett-Stevens & Craske, 2004; Ruiz, et al., 2013) como respuesta a las corrientes terapéuticas ya esablecidas del momento, dominadas principalmente por el psicoanálisis (Gilman & Chard, 2015; Pérez, 2006, 2014; Ruiz et al., 2013).

Esta terapia se comprometió con la investigación científica y la demostración empírica de la eficacia de los procedimientos psicoterapéuticos. Se sustentaba en diferentes conceptos científicos (Hazlett-Stevens & Craske, 2004; Pérez, 2006, 2014; Ruiz et al., 2013), principalmente en las leyes del aprendizaje, basadas en el condicionamiento clásico y operante (Digiuseppe, 2009; Pérez,

2006, 2014; Ruiz et al., 2013) y en los principios experimentales del comportamiento para modificar la conducta humana desadaptativa (Hazlett-Stevens & Craske, 2004).

Esta primera ola, plenamente conductual (Pérez, 2006, 2014; Ruiz et al., 2013), resaltaba los aspectos contextuales e ideográficos, así pues, el acento se encontraba en las causas ambientales y en el caso individual (Pérez, 2006); el análisis experimental de la conducta fue su principal método de trabajo (Pérez, 2014). Tuvo como exponentes principales a Wolpe, Eysenck (Pérez, 2006; Ruiz et al., 2013) y Skinner (Ruiz et al., 2013). A partir de esta primera ola se desarrollaron técnicas terapéuticas como la desensibilización sistemática y la exposición prolongada (Pérez, 2006, 2014).

La segunda ola, ubicada a mediados de los años setentas, surgió con la incorporación de los aspectos cognitivos (Digiuseppe, 2009; Dobson & Dozois, 2010; Hazlett-Stevens & Craske, 2004; Pérez, 2006, 2014; Ruiz et al., 2013) y sociales a la terapia de conducta, ya que se consideró que los principios del aprendizaje no eran suficientes para explicar el comportamiento humano complejo. Debido a esto, se integraron conocimientos de otras áreas de la psicología (Pérez, 2006; Ruiz et al., 2013), como era el procesamiento humano de la información, saberes que empataron de manera coherente con las bases del aprendizaje, particularmente con los modelos de “estímulo-respuesta (E-R)” [Pérez, 2006].

Al conformarse la propiamente denominada terapia cognitivo-conductual se dio por entendido que las cogniciones son el elemento determinante de la

conducta y, por lo tanto, también de los trastornos psicológicos (Pérez, 2006; Ruiz et al., 2013). La nueva generación de terapias, en plural, pues se desarrollaron diferentes tipos de tratamientos dentro del epígrafe cognitivo-conductual, generó un grupo de tratamientos eficaces respaldados experimental y clínicamente (Pérez, 2006; Ruiz et al., 2013) para atender a una gran variedad de trastornos psicológicos (Caro, 2011; Diguiuseppe, 2009; Dobson & Dozois, 2010; Hazlett-Stevens & Craske, 2004; Pérez, 2006, 2014; Ruiz et al., 2013).

Estas terapias adoptaron un modelo médico, internalista y mecanicista, en lugar de contextualista e ideográfico característico de la primera ola (Pérez, 2006). Los pioneros de esta segunda generación son Bandura, Ellis, Beck, Mahoney, Meichembaum (Ruiz et al., 2013), Spivack, Platt y Shure (Diguiuseppe, 2009).

Las múltiples terapias cognitivo-conductuales que se han desarrollado se pueden organizar en tres divisiones clásicas, aunque algunos tratamientos pueden contemplarse dentro de más de una categoría (Dobson & Dozois, 2010): 1) reestructuración cognitiva; 2) terapias de habilidades de afrontamiento; y 3) terapias de solución de problemas (Dobson & Dozois, 2010; Gilman & Chard, 2015; Ruiz et al., 2013).

Las terapias que se concentran en la reestructuración cognitiva tienen como objetivo modificar y reemplazar las cogniciones desadaptativas con patrones de pensamiento adaptativos; estas terapias dedican poco tiempo a la adquisición de habilidades conductuales. Aquellas terapias enfocadas en el desarrollo de habilidades de afrontamiento prestan menos atención a la reestructuración

cognitiva y se centran más en desarrollar y practicar estrategias y habilidades conductuales para ayudar al paciente a lidiar con situación estresantes. Finalmente, las terapias cuya meta general es la solución de problemas pueden entenderse como la combinación de los beneficios de los dos tipos de terapias anteriores (Gilman & Chard, 2015; Ruiz et al., 2013).

Dentro de estas divisiones se pueden apreciar diferentes terapias, cada una con sus conceptos, técnicas y procedimientos particulares, tales como la terapia racional emotiva conductual (TREC) de Ellis, la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en auto-instrucciones y el entrenamiento en inoculación de estrés de Meichembaum y la terapia de solución de problemas de Nezu, Nezu y D'Zurilla, entre muchas otras (Caro, 2011; Dobson & Dozois, 2010; Ruiz et al., 2013), incluso es posible ubicar la reciente terapia de juego cognitivo-conductual, expuesta por Knell (1997, 2004) en estas divisiones, la cual implica la integración del modelo cognitivo-conductual con los principios de la terapia de juego.

Previo a continuar, es importante señalar, tal como lo identifican Hart y Morgan (1993), que diversos autores han quitado la palabra conductual de la denominación "cognitivo-conductual" para referirse a los tratamientos como simplemente "terapias cognitivas". Esto es posible apreciarlo en autores como Riso (2009), Caro (2011), y Friedberg y McClure (2014) quienes aunque describen métodos cognitivo conductuales, sólo se refieren a éstos como terapias cognitivas. Así pues, resulta importante tener este tipo de denominaciones en cuenta, pues a lo largo de este texto se expondrán algunos autores que utilizan ambas.

La tercera generación de la tradición cognitivo-conductual, cuyos inicios se ubican en la década de los noventa, se ha caracterizado por la adopción de un modelo clínico pragmático. Esta tercera ola retoma aspectos básicos de la primera generación, principalmente el análisis experimental de la conducta, o sea, se vuelve al énfasis en el contexto, lo que lleva a que esta tercera generación sea conocida como *terapias contextuales* (Pérez, 2006, 2014). Además, en esta tercera generación conviven las nuevas derivaciones de los modelos cognoscitivos que han sido influenciados por las teorías del aprendizaje constructivista, terapias que se han alejado del paradigma mecanicista y asociacionista que fundamenta a las primeras terapias cognitivas (Ruiz et al., 2013).

Respecto a las terapias contextuales, Dobson y Dozois (2010) señalan que esta generación de terapias está directamente relacionada con el desarrollo de la “Terapia de aceptación y compromiso” de Hayes, Strosahl y Wilson (1999) [Dobson y Dozois, 2010; Pérez, 2006, 2014], la cual difiere en dos características primordiales respecto a las generaciones anteriores: (a) los aspectos cognitivos no sólo se centran en situaciones específicas o en la percepción y el significado de ciertas situaciones, sino que también se pueden centrar en aspectos metacognitivos, tal es el caso de preocuparse por las inquietudes mismas, como es el estrés generado por estados depresivos; y (b) se identifica que el proceso de cambio no siempre implica una modificación conductual o cognitiva directa, en lugar de ello, se enfatiza la aceptación de la situación que se vive y el estrés implicado, así como un cambio metacognitivo dirigido hacia tener en cuenta que las situaciones son parte de la vida y que no es necesario hacer algo para

cambiarlas de manera directa. Estas características han influido en el resto de las terapias de la tercera ola (Dobson y Dozois, 2010).

Además de la Terapia de Aceptación y compromiso, los otros principales tratamientos de esta ola son: la Terapia de Conducta Dialéctica de Linehan (1993), Terapia Integral de Pareja de Jacobson (2000), Activación Conductual de Jacobson, Martell y Dimidjian (2001), Terapia con Base en Mindfulness de Segal, Williams y Teasdale (2002), Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg Trai (2008) y la Terapia Cognitiva con Base en la Persona para la Psicosis de Chadwick (2009) [Pérez, 2014; Ruiz et al., 2013].

Es importante resaltar que las terapias de la segunda y tercera ola se encuentran vigentes hasta la fecha (Dobson y Dozois, 2010; Pérez, 2014; Ruiz, Díaz & Villalobos, 2013) y que ambas han demostrado su efectividad en el tratamiento de los diversos trastornos psicológicos y problemas que experimentan las personas (Caro, 2011; Dobson & Dozois, 2010; Fuggle, Dunsmuir, & Curry, 2013; Hart & Morgan, 1993). Además, cabe señalar que aunque cada generación de las terapias cognitivo-conductuales tiene características, éstas no niegan o se alejan totalmente de sus predecesoras, simplemente respondieron ante las aparentes limitaciones de las anteriores, así pues, integran los beneficios de las previas olas y desarrollan otros aspectos necesarios bajo paradigmas diferentes (Pérez, 2014).

A continuación se exponen algunas definiciones y características generales de las terapias cognitivo-conductuales, la mayoría enfocadas en los conceptos de la segunda generación de éstas.

Caro (2011) define a la psicoterapia cognitiva de la siguiente manera:

La psicoterapia cognitiva supone un modelo de tratamiento psicológico con orígenes filosóficos y psicológicos amplios que acoge distintas perspectivas y explicaciones sobre el ser humano que han ido evolucionando desde sus orígenes. Estas diversas perspectivas acogen una diversidad de métodos que defienden la importancia que para el conocimiento humano tienen factores cognitivos, lingüísticos, emocionales y conductuales. Por tanto, las psicoterapias cognitivas en la actualidad representan un modelo de tratamiento practicado por profesionales competentes y formados que ha demostrado su utilidad en diversos cuadros diagnósticos, aunque no están exentas de problemas. (p. 18).

De acuerdo con Hart y Morgan (1993), la terapia cognitivo conductual, en general, enfatiza la compleja interacción entre eventos, procesos, productos y estructuras cognitivas, afecto, conductas abiertas, el contexto y experiencias, interacción que contribuye a diversas facetas de la conducta disfuncional. Este tipo de terapias implican una gran variedad de estrategias y procedimientos, los cuales se rigen bajo el principio de que el aprendizaje tiene un rol central en la adquisición y mantenimiento de conductas, ya sean adaptativas o disfuncionales.

Más aún, los modelos cognitivo-conductuales reconocen que el aprendizaje involucra más que las consecuencias ambientales resultantes de las conductas; el aprendizaje implica la forma en la que el individuo procesa la información de manera cognitiva.

Riso (2009) explica que la terapia cognitiva (conductual)

... es una psicoterapia estructurada y de resolución de problemas, donde se integran la intervención clínica directa del problema (terciaria) con la intervención secundaria (prevención) y primaria (promoción), y que utiliza procedimientos cognitivos, comportamentales y experienciales para modificar fallos en el procesamiento de la información en distintos trastornos psicológicos (Riso, 1992). (p. 26).

Además, Riso (2009) señala que estas terapias parten de un modelo “diátesis-estrés”, que señala que para que se presente una patología deben converger tanto un estímulo estresante como la vulnerabilidad cognitiva, o bien, en otras palabras, no es suficiente que exista un estresor para que ocurra un trastorno, así como tampoco lo es que sólo se presente una forma inadecuada de procesar información, sino que ambos factores deben presentarse para que se desarrolle una alteración.

Ruiz, Díaz y Villalobos (2013) definen a la TCC actual como “la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos válidos empíricamente” (p. 85). Para Friedberg y McClure (2014) la

terapia cognitiva está basada en la teoría del aprendizaje social de Bandura y utiliza diversas técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en el condicionamiento clásico y operante.

Stallard (2007) refiere que la TCC se emplea para describir aquellas intervenciones que se centran en reducir el malestar psicológico y las conductas desadaptativas mediante la modificación de procesos cognitivos. Explica que la TCC está basada en el supuesto de que las emociones y las conductas constituyen, en su mayor parte, un producto de las cogniciones y de que, por consecuencia, los tratamientos cognitivo-conductuales son capaces de generar cambios en la forma de actuar, sentir y pensar. La TCC incluye elementos esenciales de las teorías cognitivas y conductuales.

El autor menciona que el objetivo general de la TCC es aumentar la conciencia, conocimiento y comprensión de uno mismo y mejorar el autocontrol con base en el desarrollo de habilidades conductuales y cognitivas apropiadas. Se identifican los déficits cognitivos y conductuales, para luego aprender, comprobar, valorar y reforzar nuevas habilidades de solución de problemas y formas diferentes de comportarse; además, se desarrolla una mayor comprensión de la naturaleza y las razones que subyacen a las emociones desagradables, a medida que éstas se van quedando atrás y se sustituyen por emociones y sentimientos placenteros. Finalmente, la adquisición de nuevas formas de actuar y habilidades cognitivas permitirá afrontar de una forma adaptativa toda una serie de nuevas y difíciles situaciones.

Kendal (2012) explica que la TCC es una modalidad terapéutica que preserva los demostrados efectos positivos de los procedimientos conductuales, pero con menos énfasis en la doctrina contextual, y que incorpora las actividades cognitivas y experiencias emocionales del cliente en el proceso terapéutico. Las sesiones son estructuradas y se emplean procedimientos activos que debe realizar el paciente, los cuales están diseñados para generar cambios en la conducta, pensamientos y emociones.

Características generales de la TCC.

Aunque el término terapia cognitivo conductual se emplea para referirse a una amplia variedad de diferentes intervenciones, éstas suelen compartir características esenciales (Dobson & Dozois, 2010; Gilman & Chard, 2015; Hazlett-Stevens & Craske, 2004; Stallard, 2007; Ruiz et al., 2013).

La TCC tiene como objetivo general el cumplimiento de metas para la solución de problemas (Bearman & Weisz, 2012; Crawley et al., 2010; Kendall, 2012; Knell, 1997; Stallard, 2007). Busca flexibilizar los modos desadaptativos de procesar la información y de comportarse, y de esta manera lograr que los pacientes puedan actuar y sentir de manera adaptativa (Bunge, Mandil & Gomar, 2010; Hazlett-Stevens & Craske, 2004). Se busca que las personas adquieran estrategias de afrontamiento funcionales así como que incrementen su consciencia, introspección y evaluación de habilidades (Gilman & Chard, 2015).

Toda TCC es coherente y racional, y está comprobada empíricamente (Stallard, 2007).

Respecto a la variedad y las diferencias de los tratamientos cognitivo conductuales, se identifican diversas características básicas de éstos: (a) la TCC está basada en la psicología del aprendizaje, por lo cual se entiende que la conducta es aprendida (Ruiz et al., 2013) y que está en función de las condiciones biológicas y sociales inherentes a la persona (Hazlett-Stevens & Craske, 2004; Ruiz et al., 2013); (b) los tratamientos y sus técnicas y procedimientos están guiados por una orientación experimental respecto a la conducta humana (Hazlett-Stevens & Craske, 2004; Ruiz et al., 2013), ya sea manifiesta o encubierta, y a sus procesos subyacentes en sus diferentes niveles: cognitivo, fisiológico, conductual y emocional, los cuales son susceptibles de ser medidos y evaluados, sea de manera directa o indirecta (Ruiz et al., 2013); (c) explica los trastornos psicológicos en términos de procesamiento de información, aprendizaje (Hazlett-Stevens & Craske, 2004) y en la influencia recíproca entre cogniciones, conductas, emociones y procesos fisiológicos (Bearman & Weisz, 2012; Knell, 1997; Stallard, 2007); (d) se basa en la premisa de que el cambio es efectivo a partir del aprendizaje de nuevas experiencias que se contraponen a previas formas de procesamiento de información y aprendizajes desadaptativos (Hazlett-Stevens & Craske, 2004); (e) se hace énfasis en los determinantes actuales del comportamiento (Ruiz et al., 2013), o sea, la terapia se centra mayormente en el presente (Bearman & Weisz, 2012; Stallard, 2007), aunque también toma en cuenta factores históricos de la persona que explican el por qué del problema

actual (Ruiz et al., 2013); (f) tiene como objetivo la modificación de conductas (Bearman & Weisz, 2012; Ruiz et al., 2013) desadaptadas específicas (Bearman & Weisz, 2012; Hazlett-Stevens & Craske, 2004; Ruiz et al., 2013) que han sido identificadas como parte del problema que se va a tratar (Hazlett-Stevens & Craske, 2004) y enseñar conductas adaptativas para enfrentar tal problema (Ruiz et al., 2013; Stallard, 2007); (g) existe un especial interés en la medición de la eficacia de las intervenciones (Ruiz et al., 2013); (h) destaca el valor científico el empleo de metodología experimental a lo largo de todo el proceso (Hazlett-Stevens & Craske, 2004; Ruiz et al., 2013); e (i) los tratamientos son estructuradas y de tiempo limitado (Bearman & Weisz, 2012; Crawley et al., 2010; Kendall, 2012; Knell, 1997; Stallard, 2007).

Finalmente, se mencionan tres proposiciones fundamentales expuestas por Dobson y Dozois (2010), que hacen énfasis en el aspecto cognitivo de estas terapias: 1) las cogniciones afectan a la conducta; 2) las cogniciones pueden ser monitoreadas y alteradas; y 3) el cambio conductual deseado puede ser efectuado mediante el cambio cognitivo. Respecto a esta última proposición, los autores aclaran que se puede alterar la conducta tanto mediante el reforzamiento de contingencias como empleando métodos alternativos o indirectos de modificación conductual, en particular el cambio cognitivo.

A partir de estas tres proposiciones se asume que los terapeutas cognitivo-conductuales ayudan a los clientes a volverse conscientes de sus cogniciones distorsionadas, identificar la forma en la que éstas se relacionan con sus emociones y conductas negativas y a modificar su pensamiento y patrones

conductuales desadaptativos, los cuales refuerzan y mantienen su forma negativa de verse a sí mismos y a los otros (Gilman & Chard, 2015).

Como puede notarse, aunque existen numerosas intervenciones cognitivas conductuales, es posible encontrar diversos aspectos básicos que subyacen a éstas, así como técnicas conductuales (como es el caso del empleo de reforzamiento, castigo, exposición, modelado y técnicas de relajación) y cognitivas (por ejemplo, descubrimiento guiado, auto-registros, imaginación y reatribución, entre otras) similares que se utilizan en todos estos tratamientos (Caro, 2011; Dobson & Dozois, 2010; Hazlett-Stevens & Craske, 2004; Ruiz et al., 2013).

A continuación se analiza cómo éstos principios y técnicas de la TCC se han adaptado y utilizado en el trabajo con niños.

Aplicación de la terapia cognitivo conductual con niños

Los tratamientos, o terapias cognitivo-conductuales, se han desarrollado primordialmente en adultos (Bunge et al., 2010; Caro, 2011; Dobson & Dozois, 2010; Friedberg & McClure, 2014; Fuggle, Dunsmuir & Curry, 2013; Gilman & Chard, 2015; Hart & Morgan, 1993). Con el paso del tiempo, estas terapias se emplearon para el tratamiento de niños y adolescentes, siendo el trabajo realizado por Donald Meichenbaum y Goodman (1971) la primera aplicación de la TCC con niños, en la que desarrollaron un entrenamiento en auto-instrucciones para atender a niños con problemas de impulsividad (Hart & Morgan, 1993).

Desde hace varios años existe un creciente interés por la aplicación de la TCC con niños y adolescentes (Bunge et al., 2010; Stallard, 2007; Stewart, Christner & Freeman, 2007). Este interés se ha visto respaldado y alentado por las diferentes investigaciones (Stallard, 2007) acerca de las intervenciones cognitivo-conductuales con tales poblaciones (Friedberg et al., 2014; Stallard, 2007).

Dichas investigaciones, las cuales han sido metodológicamente rigurosas (Friedberg, McClure & Hillwig, 2014), han demostrado que la TCC promueven un cambio conductual efectivo en el campo clínico, por lo cual son aptas para atender los diferentes problemas que expresan los niños y sus cuidadores principales (Bunge et al., 2010; Bunge, Gomar & Mandil, 2014; Crawley, Podell, Beidas, Braswell y Kendall, 2010; Drewes, 2009; Friedberg & McClure, 2014; Friedberg et al., 2014; Fuggle et al., 2013; Hart & Morgan, 1993; Knell, 2004; Stallard, 2007).

A pesar de existir un amplio bagaje de investigaciones que respaldan el éxito de la TCC con niños ante diferentes trastornos (Australian Psychological Society, 2010; Bearman, Ugueto, Alleyne & Weisz; Chambless & Ollendick, 2001; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2010; Drewes, 2009; Ferro, Vives & Ascanio, 2009; Franklin, Freeman & March; 2010; Kazdin, 2010; Kendall, 2012; Mustaca, 2004; Szigethy, Weisz & Findling, 2012), aún es necesario un mayor desarrollo de investigaciones empíricas (Crawley et al., 2010; Stallard, 2007; Szigethy, Weisz & Findling, 2012), particularmente desde una perspectiva evolutiva (Stallard, 2007), para garantizar una mejor práctica clínica basada en evidencia empírica (Crawley et al., 2010; Stallard, 2007), particularmente con niños preescolares (Knell, 1997; Stallard, 2007).

Así pues, la aplicación de este modelo terapéutico en población infantil aún está en desarrollo (Friedberg et al., 2014; Stallard, 2007), sin embargo, los avances en el campo se han visto retrasados debido a que algunos clínicos permanecen escépticos respecto a utilizar protocolos de investigación en su práctica (Friedberg et al., 2014) y a la creencia de diversos autores de que este tipo de tratamientos no puede realizarse con niños, especialmente con los más pequeños (Knell, 1997; Stallard, 2007).

La TCC con niños es fundamentalmente similar, tanto en teoría como en práctica, a la de los adultos (Reinecke, Dattilio & Freeman, 1996). A continuación se resaltan diversas similitudes.

La TCC con niños y adultos establece que los síntomas se desarrollan debido a que las personas han aprendido procedimientos inapropiados para manejar los problemas que experimentan (Bearman & Weisz, 2012; Knell, 1997). Por ello, en general, en la terapia se busca comprender la naturaleza y el desarrollo del repertorio conductual del niño y de los procesos cognitivos que los acompañan (Bearman & Weisz, 2012; Reinecke et al., 1996) y a partir de esto modificar, o mejorar (Bearman & Weisz, 2012; Bunge et al., 2010; Reinecke et al., 1996), mediante técnicas basadas en las teorías del aprendizaje (Hart & Morgan, 1993), las respuestas emocionales, cognitivas y conductuales desadaptativas (Bearman & Weisz, 2012; Bunge et al., 2010; Reinecke et al., 1996) que conducen al niño a sufrir estrés y a verse incapacitado (Bearman & Weisz, 2012) y así ganar nuevas habilidades para enfrentar futuros retos (Stallard, 2007).

Cabe aclarar que aunque la TCC se fundamenta en que el modo en que los niños interpretan las situaciones influencia las emociones y la conducta, esto no significa que todo lo que uno siente depende de los pensamientos, sino que existe una relación circular de interacción mutua entre las emociones, conductas y cogniciones (Bearman & Weisz, 2012; Bunge et al., 2010; 2012; Hart & Morgan, 1993; Kendall, 2012; Knell, 1997; Reinecke et al., 1996; Stallard, 2007), por lo cual no se puede decir que los factores cognitivos, o cualquier otro agente por si solo ejerza un rol causal exclusivo en la etiología de los trastornos. Así pues, se requiere que interactúen varios factores para que emerja alguna patología (Bunge et al., 2010; Kendall, 2012; Reinecke et al., 1996).

Resulta relevante mencionar que en determinados casos, para algunos terapeutas la etiología de cierta patología será mejor entendida mediante el predominio de aspectos cognitivos, para otros emocionales, para algunos conductuales y en ciertos casos sociales, por ello los tratamientos tendrán una base (empleo de estrategias y técnicas) o enfoque centrado en determinado aspecto (Kendall, 2012).

La TCC se centra en el aquí y en el ahora y se orienta hacia el cumplimiento de objetivos y a la solución de problemas (Bearman & Weisz, 2012; Crawley et al., 2010; Kendall, 2012; Knell, 1997; Stallard, 2007). Durante el tratamiento, terapeuta y paciente (en ocasiones también con los familiares) establecen metas en conjunto, las cuales se centran en un problema específico y en cómo solucionarlo. El proceso terapéutico parte desde un modelo educativo, el cual es particularmente aplicable con los niños, sobre todo para ayudarlos a

generar alternativas para la enfrentar problemas, así como para ponerlas a prueba (Knell, 2997).

Las terapias cognitivo-conductuales con niños, así como con adultos, tienen, en general, una misma estructura tanto para el tratamiento como para las sesiones (Bearman & Weisz, 2012; Crawley et al., 2010; Friedberg & McClure, 2014; Gilman & Chard, 2015; Kendall, 2012; Knell, 1997; Reinecke et al., 1996; Stallard, 2007).

El curso de la terapia, de manera global, implica los siguientes pasos: evaluación de los factores que pudieran contribuir a las dificultades que experimenta el niño; presentación e implemento de las intervenciones diseñadas, o elegidas para incrementar la competencia conductual y corregir las cogniciones desadaptativas, las cuales se realizan durante las sesiones (en esta etapa además de las técnicas se incluyen las tareas por sesiones); y, finalmente, se evalúa la efectividad del tratamiento a su término (Reinecke et al., 1996).

El tratamiento cognitivo-conductual funciona con una agenda, la cual guía al proceso en el logro de los objetivos y la técnicas y procedimientos que se emplearán. Ésta se diseña, de manera general, previamente a que comience el tratamiento (posterior a la evaluación) [Bearman & Weisz, 2012; Knell, 1997; Stallard, 2007] y luego se modifica para cada sesión. La agenda debe ser flexible (Bearman & Weisz, 2012; Bunge et al., 2010; Friedberg & McClure, 2014; Gilman & Chard, 2015; Knell, 1997; Stallard, 2007) [aún cuando se aplica un manual para el tratamiento] para que así se pueda dar atención a los hechos que se presenten

en un momento dado (Bunge et al., 2010; Friedberg & McClure, 2014; Gilman & Chard, 2015). Es relevante hacer notar que aunque existe una agenda, el contenido de las sesiones variará según cada persona, dependiendo del problema o motivo de consulta (Gilman & Chard, 2015).

Los tratamientos cognitivo-conductuales por lo regular son de corta duración, en especial con niños (Fuggle et al., 2013, Knell, 1997; Stallard, 2007), con quienes el proceso terapéutico suele durar menos que con los adultos (Stallard, 2007). Éstos tienden a constar, para niños entre los tres a seis años de edad, alrededor de veinticuatro sesiones (Knell, 1997), y para niños de los siete a doce años, de doce (Fuggle et al., 2013) a dieciséis sesiones (Stallard, 2007); aunque algunos tratamientos pudieran prolongarse por mayor tiempo, esto dependiendo de la problemática a la que se enfrente (Bearman & Weisz, 2012; Fuggle et al., 2013). Las sesiones tienen una duración regular entre los treinta y sesenta minutos, dependiendo de la edad de los niños: mientras más pequeños sean, menos durará la sesión (Fuggle et al., 2013).

Esta modalidad relativamente breve de trabajo es indicada para tratar muchas de las dificultades comunes que enfrentan los niños entre los tres y doce años (Bearman & Weisz, 2012; Knell, 1997; Stallard, 2007). Además, se enfatiza que es recomendable que la duración de los tratamientos con niños no sea larga (Stallard, 2007).

Las sesiones, por lo general, presentan la siguiente estructura: al inicio se realiza un breve resumen de lo que se ha trabajado (cuando ya hay sesiones

previas), en términos del área en la que el paciente experimenta el problema (Bearman & Weisz, 2012). A continuación, se comenta la agenda (Friedberg & McClure, 2014; Gilman & Chard, 2015) y, de ser necesario, se modifica de manera colaborativa (Bearman & Weisz, 2012). Luego, en caso de que se haya dejado alguna tarea, ésta se revisa (Bearman & Weisz, 2012; Friedberg & McClure, 2014; Gilman & Chard, 2015). Posteriormente se comenta la meta o metas que se trabajarán en la sesión y luego se procede a enseñar una nueva habilidad y a practicarla. Las habilidades se enseñan de manera didáctica y divertida. Al terminar esta parte de la sesión, se le pide al paciente que retroalimente el trabajo realizado por el terapeuta y se deja tarea (si se considera oportuno) [Friedberg & McClure, 2014; Gilman & Chard, 2015]. Es común que las sesiones con niños, sobre todo los más pequeños, a diferencia de las de los adultos, terminen con algún tiempo de juego. Finalmente, se dedica un breve periodo de tiempo para, colaborativamente, enseñar a los padres lo que se hizo en la sesión (Bearman & Weisz, 2012).

En las sesiones se enfatiza el trabajo colaborativo y el descubrimiento guiado para establecer objetivos y descubrir formas alternativas de actuar y pensar mediante la experimentación y el cuestionamiento (Stallard, 2007), lo que ayuda a mejorar la comprensión de sus problemas y generar soluciones para éstos (Bearman & Weisz, 2012; Bunge et al., 2010; Friedberg & McClure, 2014; Gilman & Chard, 2015; Knell, 1997; Stallard, 2007).

Se le enfatiza al cliente que el terapeuta no debe ser visto como alguien que tiene todas las respuestas (Bearman & Weisz, 2012; Bunge et al., 2010; Friedberg

& McClure, 2014; Gilman & Chard, 2015; Knell, 1997). Se le hace saber al niño y a sus familiares que ellos son los verdaderos expertos acerca del paciente (o sea, del niño) y del problema al que enfrentan, por su parte, el terapeuta sólo es experto en estrategias para modificar conductas, pensamientos y emociones (Bearman & Weisz, 2012).

No obstante lo anterior, se enfatiza que los niños aproximadamente entre los tres y siete años pudieran presentar dificultades significativas para realmente colaborar en su tratamiento, pues requieren de mayores esfuerzos para lograr participar de manera activa y focalizada en sus tratamientos. Debido a esto, el terapeuta deberá realizar mayores esfuerzos para lograr encontrar un equilibrio entre llevar a cabo una estructura para las sesiones y respetar los deseos del niño y su conducta espontánea (Knell, 1997).

Finalmente, respecto a la tarea, en los tratamientos con niños mayores de ocho años de edad, se considera que ésta será de suma importancia para el proceso, así como lo es para el trabajo con adultos (Bunge, Mandil & Gomar, 2010; Friedberg & McClure, 2014; Gilman & Chard, 2015; Kendall, 2012; Stallard, 2007). En cambio, para niños entre los tres y siete años, es posible que no sea recomendable asignarlas, pues es frecuente que no la realicen o que sean los papás quienes las hagan por los niños (Knell, 1997; Knell & Dasari, 2010).

Como se puede apreciar, la TCC aplicada a niños resulta similar a la de los adultos, sólo destacando diferencias básicas en cuanto al desarrollo y contexto de los menores. No obstante, el empleo de este modelo terapéutico con tal población

implica algunas diferencias y requiere ciertos ajustes específicos para poder ser practicada de manera exitosa.

Ajustes a la TCC para su aplicación con niños.

La diferencia entre la TCC con niños respecto a la de los adultos radica en dos aspectos básicos. El primero consiste en que se enfatiza que los tratamientos deben ajustarse al nivel de desarrollo de los niños (Bunge et al., 2010; Crawley et al., 2010; Hart & Morgan, 1993; Reinecke et al., 1996; Stallard, 2007); debido a ello, las intervenciones han sido influenciadas por las tendencias en las teorías del desarrollo psicológico (Bunge et al., 2010; Crawley et al., 2010). El segundo aspecto básico refiere que se debe poner mayor énfasis en las relaciones sociales que tienen los niños, las cuales suelen tener un papel preponderante en los problemas que experimentan (Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Kendall, 2012; Reinecke et al., 1996).

El primer aspecto es quizá el más importante a considerar para lograr aplicar con éxito la TCC con niños. Se deben adaptar las técnicas, instrucciones y materiales al nivel de desarrollo y características de cada paciente (Bunge et al., 2010; Crawley et al., 2010; Drewes, 2009; Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Knell, 1997, 2004; Stallard, 2007), particularmente a las capacidades cognoscitivas, pues éstas determinarán la participación del paciente en el tratamiento y en el posible uso de técnicas cognitivas durante éste (Fuggle et al., 2013).

Stallard (2007) menciona que a pesar de que la TCC pueda resultar compleja y sofisticada, muchas de las técnicas y tareas requieren la capacidad de razonar eficazmente al respecto de cuestiones y dificultades concretas, no así en relación con un tipo de pensamiento conceptual abstracto. Elementalmente, se requiere poder acceder a los pensamientos y poder comunicarlos, poder concebir atribuciones alternativas en relación con los hechos y acontecimientos, tener conciencia y conocimiento de las diferentes emociones, y la capacidad de relacionar y vincular pensamientos y sentimientos en distintas situaciones.

De tal manera, se recomienda que al trabajar con niños que se encuentren en el periodo preoperatorio del desarrollo, se de mayor importancia a las intervenciones conductuales (Bunge et al., 2010; Friedberg & McClure, 2014; Stallard, 2007), ya que el pensamiento en esta etapa es ilógico y egocéntrico, lo que impedirá que los menores se beneficien de un trabajo mayoritariamente cognitivo (Bunge et al., 2010).

En el caso de los niños que se encuentran en el periodo de operaciones concretas, las limitaciones para el trabajo cognitivo son moderadas (Bunge et al., 2010). Se presupone que los niños en este periodo serán capaces de realizar una amplia cantidad de técnicas y tareas de carácter cognitivo (Stallard, 2007), como las auto-instrucciones o registros de pensamientos generales y trabajar con atribuciones (Bunge et al., 2010).

Para niños y adolescentes en estado operatorio formal, las limitaciones para el trabajo cognitivo son bajas debido a que tienen la capacidad para trabajar

categorías abstractas y clases lógicas, por lo que se podrá complejizar la auto-observación, profundizar y generalizar el auto-cuestionamiento e implementar, de manera independiente, una lógica hipotético-deductiva (Bunge et al., 2010; Friedberg & McClure, 2014). Se emplean técnicas como: registro de pensamientos automáticos disfuncionales, auto-cuestionamiento, refutación o validación de los pensamientos, entre otras (Bunge et al., 2010).

Además, las técnicas y procedimientos deben presentarse de manera lúdica y en un lenguaje simple para así facilitar la interacción entre el terapeuta y el niño, así como la participación, comprensión del modelo y la eficacia del paciente en la terapia (Crawley et al., 2010; Drewes, 2009; Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Knell, 2004; Stallard, 2007).

En cuanto a la relevancia del aspecto lúdico de las intervenciones, autoras como Knell (2004); Drewes (2009); y Reddy (2012) han realizado trabajos enfocados en integrar la terapia de juego con las intervenciones cognitivo conductuales. Estas autoras han enfatizado la importancia de utilizar el juego en las prácticas cognitivo-conductuales con los niños, para así mejorar la efectividad de los tratamientos. Por ejemplo, Knell (1997, 2004, 2012) propone la terapia de juego cognitivo conductual (TJCC), la cual incorpora intervenciones conductuales y cognitivas dentro de un modelo de terapia de juego. Por su parte, Reddy (2012), en los últimos años, se ha enfocado en el uso de intervenciones de juego cognitivo conductual en un formato grupal para niños y adolescentes, demostrando la aplicabilidad de estas técnicas en dicha población y en ese formato terapéutico.

El segundo aspecto básico que diferencia a la TCC con adultos de la aplicada a niños implica que para éstos últimos se pone mayor atención al contexto de las relaciones sociales, pues éstas frecuentemente tienen un papel central en los problemas que enfrentan los niños (Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Kendall, 2012; Reinecke et al., 1996); de hecho, en el particular caso de la familia, en ocasiones los niños tienden a ser un reflejo de una problemática mayor dentro de ésta, que no depende o se centra en ellos (Crawley et al., 2010; Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Kendall, 2012; Reinecke et al., 1996).

Debido a esto, se destaca la posibilidad de involucrar a los agentes del contexto en el que se desenvuelven los niños (Crawley et al., 2010; Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Kendall, 2012; Reinecke et al., 1996), particularmente a los cuidadores principales y otros familiares cercanos o relevantes al problema. Por lo regular, el apoyo de tales agentes resulta de gran beneficio para el proceso terapéutico (Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Kendall, 2012).

Incluir a los familiares en el tratamiento puede ayudar a que éstos se aseguren de que los niños realicen sus tareas y aplicar lo aprendido en terapia, los ayuden a reconocer sus cogniciones desadaptativas cuando ocurren y que los apoyen a enfrentar las diversas situaciones estresantes que se les presenten (Gilman & Chard, 2015).

El grado de inclusión de los familiares depende del nivel o etapa del desarrollo en la que se encuentre el paciente y, en ciertos casos, de la problemática experimentada (Bunge et al., 2010; Fuggle et al., 2013). Para niños que se encuentran en el periodo preoperatorio, se recomienda que se trabaje de manera constante con los cuidadores principales; respecto a niños en periodo de operaciones concretas, se puede ser menos enfático en el trabajo con los familiares, aunque aún es relevante; y, finalmente, para niños y adolescentes en estado operatorio formal, las intervenciones con los padres serán requeridas sólo en casos particulares (Bunge et al., 2010).

No obstante, es de suma importancia aclarar que la inclusión directa de los familiares u otros agentes no es necesaria para el tratamiento de los niños (Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Kendall, 2012).

Incluso, en algunas ocasiones implicar a los familiares no es recomendable ya que pudieran ser una limitante en el tratamiento de los niños. Esto puede ser cuando existe una patología importante en alguno de los miembros de la familia, (particularmente en los padres o cuidadores principales), en caso de que no exista motivación por parte de la familia para formar parte del tratamiento, o de que el niño no quiera que su familia o un miembro particular se integren al proceso terapéutico, y, finalmente, la posible falta de recursos de la familia, respecto a habilidades conductuales y cognitivas (Gilman & Chard, 2015).

Otra diferencia relevante de mencionar entre la TCC con niños y adultos es que los primeros suelen tener una menor motivación para el trabajo terapéutico en sí (Bunge et al., 2010). Las expectativas de los niños respecto al tratamiento tienden a diferir respecto a las que podrían tener los adultos (Bunge et al., 2010; Crawley et al., 2010) y es notorio que los niños realizan un esfuerzo mayor para adaptarse al trabajo terapéutico. Además, resalta que los niños no suelen pedir ser llevados a terapia, sino que son referidos y llevado por adultos (Bunge et al., 2010; Gilman & Chard, 2015), y, de igual manera, son éstos quienes llegan a terminar los tratamientos previo a que el niño sea dado de alta, ya sea por alguna cuestión económica o porque ya no tienen interés en llevar a sus hijos (Gilman & Chard, 2015).

Así pues, a partir de las diferentes adecuaciones que se han realizado a la TCC para poderse aplicar a niños, este enfoque terapéutico ha ganado un extenso bagaje empírico, reconocimiento clínico (Friedberg et al., 2011; Kendall, 2012; Stallard, 2007; Szigethy et al., 2012) y ha sido ampliamente utilizada para atender los numerosos problemas psicológicos a los que se llegan a enfrentar los niños; tal es el caso de trastornos de ansiedad (Bunge et al., 2014; Crawley et al, 2010; Friedberg et al., 2011; Friedberg & McClure, 2014; Gilman & Chard, 2015; Grace, Spirito, Finch & Ott, 1993; Orgilés, Méndez, Rosa e Inglés, 2003; Stallard, 2007), depresión (Bearman, et al., 2010; Bunge et al., 2014; Carey, 1993; Crawley et al, 2010; Friedberg et al., 2011; Friedberg & McClure, 2014; Gilman & Chard, 2015; Stallard, 2007), trastorno obsesivo compulsivo (Crawley et al, 2010; Franklin et al., 2010; Freeman et al., 2011), trastorno del espectro autista (Carratalá & Arjalaguer,

2015), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Crawley et al, 2010), problemas de relación (Stallard, 2007) y de eliminación (Knell, 2004), fobia social (Gil-Bernal & Hernández-Guzman, 2009; Stallard, 2007) y fobias simples (Stallard, 2007), miedos (Knell, 2004), conductas agresivas (Finch, Nelson & Moss, 1993; Friedberg et al., 2011), trastorno oposicionista desafiante (Kazdin, 2010), trastorno de estrés postraumático (Cohen, 2005; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2010; Friedberg et al., 2011), trastornos de desarrollo, control del enojo (Friedberg et al., 2011), abuso sexual (Stallard, 2007; Ruma, 2004) entre otros, mostrando resultados exitosos en todos.

Trabajo grupal cognitivo conductual con niños

El interés de las intervenciones cognitivo-conductuales con niños se ha centrado mayoritariamente en el trabajo individual. No obstante, en años recientes los clínicos han comenzado a enfocarse en el trabajo grupal desde este modelo terapéutico (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007), ya que es una modalidad que ha demostrado tener resultados efectivos al tratar diferentes problemas a los que se llegan a enfrentar los niños y adolescentes, tal es el caso de agresión; (Springer & Misurell, 2010; Stewart et al., 2007), depresión (Gilman & Chard, 2015; Reddy, 2012; Springer & Misurell, 2010; Stewart et al., 2007), ansiedad (Gilman & Chard, 2015; Pahl & Barret, 2010; Reddy, 2012; Springer & Misurell, 2010; Stewart et al., 2007), pena, culpa, abuso sexual (Springer & Misurell, 2010), síntomas relacionados con el estrés (Gilman & Chard, 2015; Springer & Misurell, 2010),

trastorno de estrés postraumático, duelo, entrenamiento en habilidades sociales, trastornos de la conducta alimentaria (Gilman & Chard, 2015), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (Gilman & Chard, 2015; Reddy, 2012; Waxmonsky et al., 2012), cambios bruscos en el estado de ánimo (Waxmonsky et al., 2012), divorcio de los padres, suicidio, trastornos del aprendizaje, trastornos de la comunicación, del desarrollo y conductas sexuales inapropiadas (Reddy, 2012), entre otros.

La terapia cognitivo-conductual grupal (TCCG) con niños presenta varios beneficios terapéuticos: (a) es conveniente para atender a una mayor cantidad de pacientes al mismo tiempo, lo que permite que éstos sean atendidos con mayor rapidez, sin pasar mucho tiempo en lista de espera (Deblinger, Pollio & Dorsey, 2016; Stewart et al., 2007), con lo cual se reduce la probabilidad de que los problemas y síntomas de los pacientes se agraven (Stewart et al., 2007); (b) facilita una evaluación continua mediante la observación directa de las reacciones conductuales y emocionales de los participantes, así como de su interacción con sus pares (Stewart et al., 2007); (c) permite la comparación social y el apoyo, lo cual sirve para motivar a los niños hacia el cambio, brindarles diferentes perspectivas de los problemas y estrategias para resolverlos (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007); (d) promueve la sensación de experiencias compartidas, lo que ayuda a quitar la sensación de ser “diferentes” y estar solos que acompaña a los problemas y trastornos de carácter psicológico, reduciendo los sentimientos de pena o vergüenza que suelen provocar tales circunstancias (Springer & Misurell, 2010; Stewart et al., 2007); (e) ayuda a que los niños aprendan acerca de sus

similitudes, diferencias y cualidades únicas respecto a los demás (Springer & Misurell, 2010), así como a aprender la forma en la que sus conductas afectan a otros y al ambiente (Reddy, 2012); (f) es un laboratorio natural que brinda oportunidades, ya sean espontáneas o prediseñadas, para que los niños aprendan (tanto del terapeuta como de los otros miembros) y practiquen numerosas habilidades de auto-control, para poner límites, expresar emociones y para afrontar y resolver problemas, todo en un ambiente seguro (Deblinger et al., 2016; Gilman & Chard, 2015; Reddy, 2012; Stewart et al., 2007); (g) promueve el funcionamiento interpersonal positivo, mediante el desarrollo de formas sanas de relacionarse con otros (Reddy, 2012; Springer & Misurell, 2010); (h) fomenta el compromiso y la motivación, pues esta modalidad incita a los niños a ser partícipes activos en su tratamiento mediante el ejemplo del terapeuta y de los miembros del grupo (Stewart et al., 2007); (i) permite que se den mayores oportunidades de que el trabajo terapéutico sea divertido (Reddy, 2012; Springer & Misurell, 2010; Stewart et al., 2007); y (j) es un espacio de expresión seguro que facilita catarsis (Springer & Misurell, 2010; Stewart et al., 2007).

Además, la TCCG, sea con adultos o niños, se ha asociado con los factores terapéuticos expuestos por Yalom: infundir esperanza, facilitar la sensación de universalidad o comunalidad entre los miembros de grupo, impartir y compartir información, promover altruismo entre los integrantes, cohesión grupal, desarrollo de habilidades y técnicas, aprendizaje interpersonal, promueve expresión emocional y catarsis, recapitular el núcleo familiar, factores existenciales e imitar conductas (Springer & Misurell, 2010).

No obstante, la TCCG presenta algunas limitaciones, las cuales son similares a las de cualquier otro modelo terapéutico pudiera experimentar; por ejemplo: los pacientes podrían sentir que no reciben suficiente atención individual, monopolizar al grupo o no poder expresarse al estar en un ambiente con otras personas. Además, aunque la terapia pueda ser recomendada para casi toda persona, se recomienda que se tome en cuenta que un formato grupal pudiera no ser óptimo para niños con ciertos trastornos (principalmente conductas antisociales o ansiedad ante la interacción con personas) [Gilman & Chard, 2015].

Características y recomendaciones para aplicar la TCCG con niños.

La TCCG con niños mantiene el mismo objetivo y elementos que cuando se presenta en formato individual: busca reestructurar creencias que generan estrés emocional y conductas desadaptativas; aunque con la ventaja de que este objetivo general se desarrolla en una modalidad que ofrece modelamiento por parte de los pares y el terapeuta, la oportunidad de practicar habilidades con éstos y la sensación de comunalidad (Stewart et al., 2007). La TCC en formato grupal, así como el individual, resalta la importancia de la relación terapéutica y, además, la responsabilidad compartida del trabajo terapéutico entre los miembros del grupo (Stewart et al., 2007; Stone, 2007).

Los tratamientos cognitivo-conductuales grupales, así como los individuales, suelen ser de corta duración (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007), alrededor de las ocho a diez sesiones, aunque podrían alargarse un poco más,

sobre todo dependiendo del tipo de grupo que se desarrolle (Reddy, 2012). Pueden realizarse mediante un solo terapeuta o en co-terapia, según se considere apropiado (Reddy, 2012; Stone, 2007).

Existen tres tipos de grupos en la TCC cerrados, abiertos (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007) y rotativos (Stewart et al., 2007). Los dos primeros pueden variar en cuanto a la duración: determinada o indefinida (Reddy, 2012).

En los grupos cerrados se determina una cantidad específica de pacientes que conformarán al grupo (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007), por lo cual no se permite el ingreso de nuevos miembros una vez elegidos los pacientes (Stewart et al., 2007). Este formato permite mayores oportunidades de unión en el grupo (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007), que se promueva la sensación de confortabilidad y confianza entre los miembros (Reddy, 2012) y que el terapeuta pueda trabajar tópicos de manera secuencial a lo largo del tratamiento (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007).

Los grupos abiertos se diferencian en que permiten que se integren nuevos participantes a lo largo del proceso (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007). Este formato permite que los niños conozcan nuevos compañeros (Reddy, 2012), que puedan practicar sus habilidades con éstos (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007) y que, en ciertos casos, les enseñen cómo realizar estas habilidades (Stewart et al., 2007). Sin embargo, este formato no beneficia a la cohesión del grupo (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007) y puede resultar ser un reto mayor para niños con problemas para las transiciones y para relacionarse (Reddy, 2012).

Estos dos tipos de grupos: cerrados y abiertos, pueden ser de tiempo limitado o indefinido respecto a la cantidad de sesiones que se van a tener a lo largo del tiempo (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007).

Cuando el grupo es de tiempo limitado se establece la cantidad de sesiones que se van a llevar a cabo previo a que comience el grupo. Este formato ayuda a que se planteen metas (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007) y se planeen las sesiones previamente a que se seleccionen los pacientes, además presentan la oportunidad de que los integrantes del grupo desarrollen una sensación de pertenencia hacia este (Reddy, 2012).

En los grupos de tiempo indefinido se determina el final del tratamiento conforme el proceso avanza. Este tipo de grupos ofrecen una gran sensación de intensidad y novedad que puede motivar a niños que trabajan mejor en periodos cortos de tiempo y ante experiencias intensas (Reddy, 2012).

Por último, los grupos rotativos se diseñan en función de un ciclo de ocho a diez semanas, donde cada sesión sirve como un módulo del tratamiento. Este tipo de grupos permite el ingreso de nuevos miembros, con la condición de que se mantengan en el grupo hasta que hayan completado todas las sesiones (módulos) planteadas para éste (Stewart et al., 2007). Los grupos rotativos presentan los aspectos positivos y negativos de los grupos abiertos y del formato de tiempo limitado (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007).

Así como la TCC individual, la TCCG es un modelo centrado en la solución de problemas, en el que se deben establecer metas u objetivos específicos que

dirigen la implementación del tratamiento (Stewart et al., 2007). En el caso de la TCCG, se trabajan dos tipos de metas, una grupal, o sea, el objetivo por la cual se forma el grupo, y metas individuales, las cuales ayudarán a disminuir un ambiente de competitividad entre los miembros del grupo y a fomentar la sensación de éxito de cada niño al poder alcanzar metas propias y no sólo las grupales (Stewart et al., 2007). Toda meta debe ser explicada a los niños de forma clara y concisa, para que así los miembros del grupo tengan presente el objetivo u objetivos que se quieren alcanzar (Stone, 2007).

La meta o metas grupales se establecen previo a que se tenga la primera sesión del grupo y deben relacionarse con un sistema positivo de recompensas que se utilizará para todas las sesiones y que complementará los objetivos particulares de cada sesión y técnicas empleadas (Reddy, 2012). Estas metas deben ser comunicadas a todo el grupo (Stewart et al., 2007; Stone, 2007).

Las metas individuales pueden establecerse con dos propósitos: (a) ayudar al paciente a conseguir la meta o metas grupales; y (b) cuando debido al problema del paciente se requieran de otras metas, además de las grupales, para poder apoyar al niño a resolver aquello que le aqueja (Stone, 2007). Estas metas pueden elaborarse por el o los terapeutas sin consultar con el paciente, o pueden realizarse en conjunto con éste, lo cual ayudará a generar mayor responsabilidad y motivación en el niño para que lleve a estos objetivos (Stewart et al., 2007; Stone, 2007). Las metas individuales pueden establecerse previo al comienzo de las sesiones, cuando se seleccionan a los futuros integrantes del grupo, o una vez iniciado el tratamiento (Stewart et al., 2007).

Aún cuando las metas individuales se elaboren sin la participación del paciente, es de suma importancia que se le hagan saber al niño y se tome en cuenta su opinión respecto a éstas para que así haya aceptación de los objetivos y se aumente la probabilidad de que se realicen con éxito (Stewart et al., 2007).

Se recomienda que no se empleen más de tres metas grupales (Reddy, 2012) y que éstas se redacten en un lenguaje comprensible para los niños: claro (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007; Stone, 2007) breve, concreto y específico en cuanto a conductas, de manera positiva (enfocarse en lo que se debe hacer, no en lo que no se debe) y sin que pretendan que se aspire a cuestiones generales (por ejemplo, ser un buen niño) [Reddy, 2012]. Las metas deben poder ser medibles para que así se pueda evaluar el tratamiento (Stewart et al., 2007).

La TCCG, como en su formato individual, es estructurada, pues funcionan con base en una agenda elaborada para cada sesión, la cual ayuda a guiar el trabajo grupal (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007), generando una rutina para las sesiones, lo que provoca que éstas se vuelvan predecibles, claras y resulten fáciles de seguir por los niños (Reddy, 2012). No obstante, es importante que la agenda (y los terapeutas) sea lo suficientemente flexible para que se permita que emerjan aspectos imprevistos en cada momento de las sesiones (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007) y se puedan realizar ciertos ajustes a ésta durante el proceso (Reddy, 2012).

La agenda se construye previamente a que comience la intervención, pues así se tiene un guión que describa cómo serán trabajadas las sesiones y los

objetivos específicos de las intervenciones que se realizarán. Ésta debe ser elaborada por el o los terapeutas y no por los niños. No obstante, es posible que los terapeutas involucren a los pacientes para revisar la agenda y discutir posibles ajustes (Reddy, 2012).

Se recomienda que la agenda por sesión incluya: bienvenida a la sesión, hablar de las metas para ésta, las actividades que se tendrán y revisar las reglas del grupo, incluyendo el sistema de recompensas que se tiene. Al comenzar cada sesión la agenda debe comunicarse a los niños para que éstos tengan una guía de lo que ocurrirá (Reddy, 2012).

Como parte de la agenda se establecen reglas que son constantes para el tratamiento, las cuales deben determinarse en las primeras sesiones (Stone, 2007). Éstas pueden elaborarse por el terapeuta (o terapeutas) previamente a que inicie el tratamiento, o es posible que se formulen en comunión entre terapeutas y pacientes, preferentemente en las primeras dos sesiones (Reddy, 2012).

Ejemplos de las reglas, son los acuerdos respecto a los comportamientos que se permiten en el grupo (por ejemplo, cómo se realizan las participaciones) y aquellas relacionadas con los compromisos hacia el tratamiento (por ejemplo, la asistencia y hora de llegada) [Stone, 2007].

Estas reglas o acuerdos fomentarán que se genere un ambiente de respeto en el grupo, que se promueva el éxito de éste (Stone, 2007) y que se desarrolle en los niños una sensación de seguridad y dominio sobre el espacio (Reddy, 2012). Se recomienda que no se tengan más de seis reglas, que se redacten de manera

positiva (Reddy, 2012), clara, breve (Stone, 2007), en términos de conductas específicas (Reddy, 2012) y deben estar enfocadas en las necesidades y objetivos del grupo (Stone, 2007). Las reglas deben recordarse en cada sesión y reforzarse según el programa establecido (Reddy, 2012).

La TCCG, al igual que la TCC en formato individual, enfatiza que se realice una evaluación mediante mediciones objetivas y estandarizadas, observaciones (cuando es posible) [Stewart, Christner & Freeman, 2007] y entrevistas a los potenciales miembros del grupo, sus familiares y otros adultos cercanos (Stewart, Christner & Freeman, 2007; Stone, 2007). La información recabada durante la evaluación ayudará a la toma de decisión respecto a incluir o no a un posible miembro, así como a realizar la conceptualización de cada miembro aceptado para el grupo. Además, la TCCG también alienta a que se realicen todas las evaluaciones que se consideren necesarias durante el transcurso del tratamiento (Stewart et al., 2007).

Para formar un grupo se deben tomar en cuenta determinadas características de los niños: edad, género, nivel educativo nivel de desarrollo, raza, factores culturales (Stewart et al., 2007; Stone, 2007), nivel socioeconómico, atributos personales, fortalezas y debilidades psicosociales (Stone, 2007), nivel de cooperación, motivación hacia el trabajo (Stewart et al., 2007; Stone, 2007) y disponibilidad para este (Stewart et al., 2007), el o los problemas que presenta cada paciente, y los síntomas y la severidad de éstos (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007; Stone, 2007).

Con base en todas estas características y en el objetivo del grupo, se debe realizar una lista de criterios de inclusión y exclusión (Reddy, 2012), tomando en cuenta la cantidad de pacientes que se van a aceptar y el tipo de grupo que se elaborará (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007).

Idealmente, los niños deben pertenecer a una misma etapa de desarrollo y tener habilidades suficientes para poder participar en el grupo y comprender el trabajo que se hace en las sesiones (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007; Stone, 2007). Se recomienda que la diferencia de edades entre los pacientes no sobrepase los dos años (Reddy, 2012).

Se aconseja que se conjunten pacientes con necesidades similares, así como complementarias, para que los niños puedan conectarse de manera efectiva entre ellos y así aprender mutuamente de las experiencias de cada uno (Stewart et al., 2007). Se requiere de un balance de fortalezas y debilidades a nivel social, cognitivo y conductual para que el grupo sea efectivo (Reddy, 2012).

La duración de las sesiones depende de la edad de los niños. Se recomiendan sesiones de veinte a cuarenta minutos con niños menores de ocho años, mientras que para mayores de esta edad y hasta los doce años pueden ser sesiones de cuarenta a sesenta minutos. Se recomienda que la duración debe considerarse en relación a las habilidades, motivaciones y experiencias previas de los niños (Reddy, 2012; Reddy et al., 2005).

El tamaño del grupo puede variar de acuerdo con las metas de éste, el espacio donde se desarrolle y las características y necesidades de los niños. Se

recomiendan grupos de tres a seis integrantes para niños menores a ocho años, mientras que para niños de mayor edad se pueden grupos de seis a ocho integrantes (Reddy, 2010, 2012).

La selección de pacientes se realiza mediante una entrevista exploratoria, preferentemente semiestructurada, con una duración de cuarenta y cinco minutos aproximadamente. Esta entrevista se realiza con los padres y ayuda a brindar información acerca del problema actual que se presenta, formas de relacionarse del niño y cuestiones generales de desarrollo. También es recomendable realizar una entrevista o sesión de juego de diez a quince minutos con los posibles miembros del grupo, de tal manera que se pueda obtener información acerca de cómo interactúa el niño con otro adulto, cómo se comporta ante la estructura y direcciones, y conocer su comportamiento al alejarse de su cuidador principal (Reddy, 2012).

Es relevante hacer notar que aunque casi todas las personas son aptas para participar en un formato de terapia grupal, hay que tener en cuenta que algunos individuos cuyas conductas, metas y habilidades sociales no coinciden con los mutuos beneficios de otros. Así pues, personas con severas patologías o tendencias antisociales pueden presentar serios problemas para el desarrollo de la cohesión grupal, por lo que los terapeutas deben estar al tanto de estas características durante la evaluación inicial para sí evitar la inclusión de estos posibles pacientes (Stone, 2007).

La selección de las técnicas que se emplearán en la intervención dependerá de las metas del grupo, el escenario en el que tiene lugar el tratamiento y las características de los pacientes. Es de suma importancia tener en cuenta los síntomas de cada paciente al elegir el tipo de técnicas a emplear; se recomienda que cuando los síntomas sean muy severos se emplee una mayor cantidad de técnicas conductuales que cognitivas, y en caso de que no sean tan severos, se pueden emplear más las técnicas cognitivas (Stewart et al., 2007).

Las sesiones de la TCCG son similares en estructura a las de la TCC individual. Los terapeutas comienzan la sesión preguntando si ha ocurrido alguna situación particular relevante a conversar, luego se presenta la agenda realizada para la sesión, a continuación se discute la tarea que se dejó la ocasión anterior (cuando hay), después se introduce un nuevo tópico, se enseña nueva información y se practican habilidades, finalmente, el terapeutas asigna una nueva tarea (Gilman & Chard, 2015).

Finalmente, se resaltan las siguientes recomendaciones para aplicar la TCCG con niños de manera exitosa: es importante explicar el modelo cognitivo-conductual al grupo; no se deben emplear ejemplos directos, sino genéricos, al iniciar con el trabajo grupal (Stewart et al., 2007); no hay que dirigirse de manera directa a los miembros cuando no cumplan con las reglas, sólo a aquellos que las estén respetando; se deben recordar las reglas de manera grupal cuando alguien no esté cumpliendo con éstas; es importante preparar actividades para reducir la posible ansiedad que pudieran experimentar los niños debido al trabajo grupal, sobre todo al comenzar el tratamiento, pues éstos tienden a sentirse

particularmente ansiosos ante una experiencia que involucra conocer nuevas personas (pares y adultos) [Reddy, 2012]; y, por último, se promueve que se dejen tareas a los pacientes, las cuales ayudarán a que se ponga en práctica lo aprendido en el tratamiento (Stewart et al., 2007).

Principales técnicas y procedimientos empleadas en la TCC con niños

Las técnicas y procedimientos deben responder a las necesidades específicas de cada paciente y adaptarse y simplificarse lo más posible de acuerdo con el nivel de desarrollo de los niños para que se ajusten a las habilidades cognitivas, lingüísticas, sociales, emocionales y conductuales de estos (Bunge & Carrea, 2010; Bunge et al., 2010; Crawley et al., 2010; Drewes, 2009; Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Hart & Morgan, 1993; Knell, 2004; Reddy, 2012; Reinecke et al., 1996; Stallard, 2007).

Debido a las características generales de los niños, se recomienda que las técnicas y procedimientos sean lúdicos para que así el tratamiento resulte más atractivo para los pacientes (Bunge & Carrea, 2010; Bunge et al., 2010; Bunge et al., 2014; Crawley et al., 2010; Drewes, 2009; Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Hart & Morgan, 1993; Knell, 2004; Mandil, Borgialli, Bunge & Gomar, 2010; Reddy, 2012; Reinecke et al., 1996; Stallard, 2007).

Las técnicas y procedimientos se adaptan de muchas maneras por los diversos autores de acuerdo con las necesidades y características de los pacientes, por lo cual es posible encontrarlas con nombres y acciones diferentes, no obstante, a pesar de las modificaciones, cada tipo de técnicas y procedimiento obedece a ciertos principios básicos (Bunge & Carrea, 2010; Bunge et al., 2010; Bunge et al., 2014; Crawley et al., 2010; Friedberg & McClure, 2014; Friedberg et al., 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Knell, 2004; Mandil et al., 2010; Reddy, 2012; Stallard, 2007).

Las técnicas se han empleado para atender los diferentes problemas a los que se enfrentan los niños (Bunge & Carrea, 2010; Bunge et al., 2010; Crawley et al., 2010; Drewes, 2009; Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Hart & Morgan, 1993; Knell, 2004; Mandil et al., 2010; Reddy, 2012; Reinecke et al., 1996; Stallard, 2007) y pueden utilizarse en los tratamientos individuales y grupales realizando las adecuaciones pertinentes (Bunge et al., 2014; Friedberg & McClure, 2014; Friedberg et al., 2014; Gilman & Chard, 2015; Reddy, 2012; Stewart et al., 2007).

A continuación se presentan las técnicas y procedimientos comúnmente más empleados en la TCC aplicada a niños, de acuerdo con sus principios básicos (Crawley et al., 2010; Friedberg & McClure, 2014; Friedberg et al., 2014; Gilman & Chard, 2015; Reinecke et al., 1996).

Técnicas conductuales:

- Reforzamiento positivo: implica brindar un estímulo de carácter deseable para el niño. Comúnmente se emplean reforzadores sociales, como el elogio, y materiales, como podría ser jugar con algún material o recibir una estampa (Knell, 1997, 2012).
- Modelado: es una técnicas donde el terapeuta demuestra una conducta apropiada para que el niño pueda replicarla, o, en algunas ocasiones se hace con los papás para que éstos puedan modelar el comportamiento positivo al niño, así el lo aprenda y ponga en práctica (Crawley et al., 2010; Friedberg et al., 2014; Gilman & Chard, 2015).

Un tipo de modelado es el role-playing, donde el terapeuta y el paciente actúan una situación, a partir de la cual el niño, posteriormente, podrá practicar una nueva y más adaptativa conducta. Esta técnica ayuda a que disminuyan las emociones relacionadas a la situación y permiten que el niño se sienta más seguro al intentar la nueva conducta fuera del consultorio (Crawley et al., 2010; Gilman & Chard, 2015).

- Moldeamiento: ayuda a que el niño se acerca cada vez más a realizar una meta de manera efectiva. La conducta se divide en pequeños segmentos y se brindan reforzadores positivos por aproximaciones (o pasos) correctamente realizadas cada vez más cercanos a la respuesta deseada; nunca se interrumpe la secuencia de los segmentos (Knell, 1997, 2012).

- Auto-monitoreo: el niño observa y registra información acerca de determinados aspectos de su conducta. También se presta atención a los estados de ánimo que acompañan a los comportamientos. A partir de esto se enseñan acciones adaptativas para usarse como respuesta ante sus reacciones negativas iniciales ante los sucesos (Friedberg et al., 2009; Gilman & Chard, 2015; Knell 1997, 2012; Mandil, 2010).
- Técnicas de relajación: se enfocan en la auto-regulación emocional; ayuda a reducir la intensidad de los síntomas. Se enseñan técnicas como la respiración diafragmática profunda o lenta, combinada con la repetición de una palabra simple, y el empleo de procedimientos de relajación muscular (Friedberg et al., 2009; Gilman & Chard, 2015; Mandil et al., 2010; Stewart et al., 2007).
- Programación de actividades: se planean tareas específicas que el paciente pondrá en práctica luego de las sesiones. Es posible que se requiera el apoyo de los padres para esta técnica (Knell, 1997, 2012; Stewart et al., 2007).

Técnicas cognitivas:

- Diálogo socrático: se refiere a preguntas que ayudan a corregir las malas interpretaciones del paciente y a guiarlo hacia procesos de pensamiento más realistas (Bunge & Carrea, 2010; Gilman & Chard, 2015; Stewart et al., 2007).

- Auto-monitoreo: similar a su versión conductual, pero prestando mayor atención a los pensamientos, sobre todo a los disfuncionales. Estas dos técnicas tienden a emplearse de manera conjunta; por lo regular, se realizan cuatro columnas donde se registran situaciones, pensamientos, emociones y conductas (Bunge & Carrea, 2010; Knell 1997, 2012; Mandil, 2010; Stewart et al., 2007). Para los niños, sobre todo preescolares, suele resultar más complicado identificar sus pensamientos y emociones, así como establecer relaciones entre éstos y la conducta (Reinecke et al., 1996)
- Escala de graduación: consiste en realizar una escala graduada en la que en un extremo se determina lo que sería que todo estuviera mal, mientras que en el otro extremo se representa lo que sería que todo estuviera bien. Se deben definir todos los criterios de manera clara para cada extremo. Se le pide al paciente que se ubique en una posición de la escala de acuerdo al momento del tratamiento (Bunge & Carrea, 2010).
- Autoafirmaciones de enfrentamiento: son oraciones cortas redactadas de manera clara, sencilla y positiva respecto a la persona y acciones que pudiera realizar. Ayudan a interrumpir el ciclo de afirmaciones negativas respecto a la persona y a su eficacia para realizar alguna acción (Knell 1997, 2012)

- Metáforas: ayudan a facilitar que el paciente comprenda información, ya sea respecto a las técnicas que se emplean o procedimientos realizados en el tratamiento (Mandil et al., 2010; Stallard, 2007).
- Dibujos e historias: el niño puede emplear estas técnicas para representar lo que le afecta, de manera que se sienta menos abrumado. Estas actividades pueden resultar más sencillas para los niños que tener que dialogar de manera directa con el terapeuta, como en una entrevista (Mandil et al., 2010).

Procedimientos cognitivo-conductuales:

- Manejo de contingencias (contratos): grupo de técnicas que tienen como objetivo modificar una conducta al controlar sus consecuencias. Se basa en los principios del aprendizaje. Se emplean técnicas como el reforzamiento, extinción y moldeamiento para lograr este procedimiento (Friedberg et al., 2009; Knell, 1997, 2012).
- Entrenamiento en habilidades de solución de problemas: se desarrolla una lista de problemas, clara, concreta y orientada hacia metas. A partir de la lista, en un principio el terapeuta desarrolla estrategias de solución de problemas para el paciente y posteriormente se motivara a que éste asuma un papel más activo y que sea él quien diseñe sus propias estrategias. El diálogo socrático, hojas de trabajo, role-playing (Gilman & Chard, 2015; Stewart et al.,

2007) y las auto-instrucciones son técnicas que se emplean para este entrenamiento (Crawley et al, 2010; Friedberg et al., 2011; Gilman & Chard, 2015; Stewart et al., 2007).

Se mencionan algunos pasos generales para resolver problemas: definir el problema, generar alternativas de solución, evaluar/decidir la mejor posible solución (idea), y desarrollar un plan para implementar la solución (idea) seleccionada (Crawley et al, 2010; Friedberg et al., 2011).

- Reestructuración cognitiva: es un procedimiento que implica diversas técnicas cognitivas, algunas de las cuales retan y refutan de manera directa las distorsiones del paciente, mientras que otras implican colaboración entre paciente y terapeuta, donde se examina y se pone a prueba de manera sistemática la lógica de las percepciones del paciente (Friedberg et al., 2009; Gilman & Chard, 2015; Knell, 1997, 2012). El uso de metáforas, dibujos y contar historias puede ser útil para este procedimiento (Mandil, 2010). La reestructuración cognitiva puede resultar particularmente compleja con niños menores de ocho años (Knell, 1997).
- Psico-educación: se comparte y enseña información relevante al proceso terapéutico a los niños y sus familiares (cuando se considera oportuno), con el motivo de que se incremente su comprensión acerca del problema al que se enfrentan. Se enseña el modelo cognitivo-conductual a partir de este procedimiento, acerca de emociones, consecuencias del problema experimentado y formas de

reaccionar, entre muchas otras cuestiones. La comunicación oral, el modelamiento, empleo de dibujos y contar historias son técnicas que pueden ayudar a este procedimiento (Friedberg et al., 2009; Gilman & Chard, 2015; Mandil, 2010).

- Exposición (desensibilización sistemática): primero, los pacientes diseñan una línea base respecto al nivel de ansiedad, estrés u otras reacciones de carácter negativo que experimentan ante cierto estímulo; esta línea base es una escala subjetiva de unidades de estrés. A continuación, a partir de imaginación o de ejercicios en vivo, se expone al cliente de manera gradual (tiempo y cantidad) al estímulo que le genera las reacciones negativas. Se le enseña al cliente a monitorear sus reacciones de estrés empleando su escala subjetiva (se determina qué tanto estrés se experimenta) y a mantenerse expuesto ante el estímulo hasta que la reacción negativa percibida se mantenga o reduzca hasta cierto nivel; este proceso es gradual (Friedberg et al., 2009; Gilman & Chard, 2015; Knell, 1997, 2012; Mandil, 2010; Stewart et al., 2007).
- Entrenamiento en auto-instrucciones (hablarse a sí mismo): el procedimiento consiste en generar guías o pasos a seguir que los niños se repiten a sí mismos (de forma oral o mental) para poder afrontar o resolver un problema de manera adaptativa. Estas instrucciones deben ser claras, concisas y dirigidas hacia un problema o estresor (Friedberg et al., 2009).

Tratamientos y técnicas cognitivo conductuales para niños relacionadas con el estrés y el afrontamiento.

En la terapia cognitivo conductual se pueden encontrar una considerable cantidad de técnicas que se han utilizado para reducir el impacto que tiene el estrés en los niños, así como para dotarlos de estrategias de afrontamiento para enfrentar situaciones estresantes.

Varias de las técnicas y procedimientos que se han ocupado para tratar el estrés experimentado por los niños se pueden apreciar en el apartado anterior, tal es el caso de la exposición o desensibilización sistemática (Friedberg et al., 2009; Gilman & Chard, 2015; Guerra & Plaza, 2009; Knell, 1997, 2012; Mandil, 2010; Stewart et al., 2007), el entrenamiento en habilidades de solución de problemas (Gilman & Chard, 2015; Stewart et al., 2007), la reestructuración cognitiva (Bernard & Joyce, 1984; Friedberg et al., 2009; Friedberg et al., 2011; Gilman & Chard, 2015; Guerra & Plaza, 2009; Knell, 1997, 2012; Mandil, 2010) y técnicas de relajación (Friedberg et al., 2009; Gilman & Chard, 2015; Mandil et al., 2010; Stewart et al., 2007).

Otro procedimiento utilizado para tratar el estrés y generar estrategias de afrontamiento en niños es el entrenamiento en inoculación del estrés, que fue desarrollado en 1972 por Meichenbaum y Cameron (Caro, 2011). Este procedimiento enseña cómo afrontar y relajarse ante una amplia variedad de experiencias estresantes, utilizando técnicas como: la relajación profunda y progresiva, auto-instrucciones, jerarquización (Bernard & Joyce, 1984; McKay,

Davis & Fanning, 1988), exposición (en vivo e imaginaria), solución de problemas, diálogo socrático, reestructuración cognitiva, auto-observación, auto-reforzamiento, ensayo conductual y esfuerzos dedicados al cambio ambiental, entre otras (Caro, 2011).

Este procedimiento no sólo busca reducir el estrés percibido por la persona, sino generar habilidades de afrontamiento. Consta de tres fases: (1) conceptualización (fase educativa o conceptual), (2) ensayo de adquisición de habilidad y práctica de éstas, y (3) aplicación y seguimientos.

Kazdin (1995) desarrolló la terapia de habilidades de solución de problemas, la cual ayuda a los niños a enfrentar situaciones conflictivas las cuales suelen provocarles diversas experiencias negativas, como estrés y ansiedad.

Este procedimiento implica el uso de: (a) autoinstrucciones, las cuales van a determinar los pasos que hay que seguir para solucionar un problema; (b) tareas de solución de problemas, que implican que el niño ocupe las autoinstrucciones para resolver problemas; (c) modelado, donde se le muestran conductas apropiadas al niño para resolver problemas; (d) uso de contingencias de reforzamiento social; coste de respuesta (castigo); (e) retroalimentación (por parte del terapeuta y cuidadores principales); (f) etiquetado de errores, para detectar lo que no salió de la manera esperada; y (g) autoevaluación acerca de la efectividad de las acciones realizadas. Además, la terapia requiere que se trabaje con los padres (entrenamiento) para asegurar su éxito (Kazdin, 1995; Kazdin, 2010).

Esta terapia se emplea principalmente para atender a niños con trastornos de la conducta y opositoristas desafiantes (Kazdin, 1995; Kazdin, 2010; Kazdin, Esveldt-Dawson, French & Unis, 1987; Kazdin, Siegel & Bass, 1992).

Otra relevante aplicación de un programa de solución de problemas en niños es el programa “Yo puedo resolver problemas” (I Can Problem Solve”) desarrollado por Myrna Shure (I Can Problem Solve, 2016).

Esta intervención es empleada de manera preventiva en escuelas para ayudar a niños de cuatro a doce años, de educación preescolar y primaria, a aprender a resolver problemas. El programa varía en cantidad de sesiones según el grado escolar, pudiendo ser de cincuenta y nueve sesiones para niños preescolares, ochenta y tres para niños de los primeros tres grados de educación primaria, y setenta y siete para aquellos en los últimos grados de primaria. Las sesiones tienen una duración promedio de diez minutos (pudiendo ser de cinco o veinte) y se llevan a cabo de dos a tres veces por semana, durante tres a cinco meses. El programa es constantemente empleado en centros escolares (I Can Problem Solve, 2016).

Finalmente, se destaca otro tratamiento: la Terapia cognitivo conductual enfocada en el trauma (Trauma focused cognitive behavioral therapy) [Child welfare information gateway, 2012; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2010; National child traumatic stress network, 2008].

Se ha comprobado que esta es una de las más exitosas intervenciones para tratar a niños y adolescentes, desde los tres a los dieciocho años de edad,

que experimentan Trastorno de estrés postraumático (TEP) y para ayudar a sus familiares a recuperarse de los efectos negativos generados por los eventos que provocaron el trastorno (Child welfare information gateway, 2012; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2010; National child traumatic stress network, 2008). Además, la terapia ha demostrado ser más efectiva que otros tratamientos utilizados para atender este trastorno, como es el caso de la terapia centrada en el niño (National child traumatic stress network, 2008).

El tratamiento implica sesiones individuales para los niños y los papás, así como sesiones conjuntas entre éstos. Se compone de: psicoeducación, entrenamiento en habilidades parentales (cuidadores principales), entrenamiento en habilidades para relajarse, mostrar emociones y modularlas, habilidades de afrontamiento cognitivo, de narración y de procesamiento cognitivo acerca de la experiencia traumática, exposición en vivo de factores relacionados con el trauma, sesiones en conjunto con los padres y fomentar la seguridad (planeación para un futuro más seguro) [Cohen, Mannarino & Deblinger, 2010].

No se recomienda esta terapia cuando existe un predominio de otro tipo de problemas sobre el TEP, como podría ser depresión, conductas agresivas, desafiantes y antisociales, consumo de sustancias, desobediencia, y conductas suicidas (National child traumatic stress network, 2008).

Como se puede apreciar, en general, la TCC tiene el objetivo de ayudar a los niños (y a sus familias) a desarrollar visiones constructivas del mundo (Crawley et al., 2010) y una actitud de solución de problemas (Bearman & Weisz, 2012;

Bunge et al., 2010; Crawley et al., 2010; Friedberg & McClure, 2014; Gilman & Chard, 2015; Knell, 1997; Stallard, 2007), o bien, de afrontamiento (Crawley et al., 2010) para lidiar con aquellos eventos o situaciones que llevan a los niños a sufrir estrés (Bearman & Weisz, 2012) y otro tipo de reacciones desadaptativas (Bearman & Weisz, 2012; Bunge et al., 2010; Reinecke et al., 1996).

Los tratamientos cognitivo-conductuales han mostrado su efectividad para tratar el estrés experimentado por los niños, así como otro tipo de trastornos y problemas que sufren (Australian Psychological Society, 2010; Bearman, Ugueto, Alleyne & Weisz; Chambless & Ollendick, 2001; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2010; Drewes, 2009; Ferro, Vives & Ascanio, 2009; Franklin, Freeman & March, 2010; Friedberg et al., 2011; Kazdin, 2010; Kendall, 2012; Mustaca, 2004; Stallard, 2007; Szigethy et al., 2012), y para enseñar estrategias de afrontamiento a éstos, como es la solución de problemas (D'zurilla & Nezu, 2010; Frauenknecht & Black, 2004; Kazdin, 1995; Kazdin, 2010; Kazdin et al., 1987; Kazdin et al., 1992; Shure, 1993).

A pesar de la eficacia mostrada, se identifica que al trabajar con niños ciertos tratamientos presentan características que limitan su uso para atender determinadas problemáticas.

Algunos de estos tratamientos se centran en trastornos específicos, como es el caso de la “Terapia cognitivo conductual enfocada en el trauma”, la cual suele concentrarse en el trastornos de estrés postraumático, particularmente en aquel que resulta del abuso infantil (Child welfare information gateway, 2012;

Cohen et al., 2010; National child traumatic stress network, 2008); o la terapia de habilidades para la solución de problemas de Kazdin, que se emplea para tratar a niños con trastornos de la conducta y con trastorno oposicionista desafiante (Kazdin, 1995; Kazdin, 2010; Kazdin et al., 1987; Kazdin et al., 1992). Por otra parte, dichos tratamientos implican la participación de los cuidadores principales de los niños para garantizar una mayor efectividad, así como para que perduren sus efectos (Child welfare information gateway, 2012; Cohen et al., 2010; Kazdin, 1995; Kazdin, 2010; National child traumatic stress network, 2008), y la exposición regulada ante el evento estresor o elementos de éste (Bernard & Joyce, 1984; Child welfare information gateway, 2012; Cohen et al., 2010; McKay et al., 1988), lo cual puede resultar complicado de llevar a cabo con algunos niños y sus familiares, sin importar si es exposición en vivo o imaginaria.

Otro inconveniente es la duración de ciertos tratamientos, como las diferentes versiones del programa “Yo puedo resolver problemas” (I Can Problem Solve, 2016), que contempla más de una sesión por semana a lo largo de varios meses; además, este tratamiento, aunque efectivo para enseñar habilidades de solución de problemas, sólo se emplea como método de atención preventiva.

Este programa, así como los dos tratamientos previamente mencionados, implican la necesidad de manuales para su aplicación, los cuales, o no son de fácil acceso resultan, o implican un entrenamiento por parte de alguna institución para poder acceder a ellos (Child welfare information gateway, 2012; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2010; I Can Problem Solve, 2016; Kazdin, 1995; Kazdin, 2010; National child traumatic stress network, 2008).

Por último, determinados tratamientos no han tenido el seguimiento apropiado, por lo cual no se han continuado desarrollando (Dubow & Tisak, 1989; Goodman, Gravitt & Kaslow, 1995; Rabiner, Lenhart & Lochman, 1990; Richard & Dodge, 1982; Shure, 1993), mientras que otros continúan sus investigaciones para mostrar su eficacia (Compas et al., 2009; Compas et al., 2010; Compas et al., 2011) y otros para ampliar su campo de aplicabilidad (Child welfare information gateway, 2012; Cohen, Mannarino & Deblinger, 2010; Kazdin, 2010; Kazdin et al., 1992).

Debido a lo anterior, se considera importante identificar un tratamiento que pueda ser aplicable ante una amplia gama de estresores o problemas que afectan a los niños y que presente un entrenamiento en habilidades de afrontamiento adaptativas que puedan emplear los menores.

Entre los diversos tratamientos cognitivo-conductuales que se han enfocado en el desarrollo de la solución de problemas sociales, que han sido aplicados tanto en adultos como en niños, se encuentra la Terapia de solución de problemas, la cual en su más reciente versión (Nezu et al., 2014) ha mostrado ser un tratamiento eficaz para atender a una amplia gama de problemas.

Terapia de solución de problemas

La terapia de solución de problemas (TSP) fue desarrollada por D´Zurilla y Goldfried en 1971 para población adulta (Bell & D´Zurilla, 2009; Cari, 2011;

D´Zurilla, Nezu & Maydeu-Olivares; 2004; D´Zurilla & Nezu, 2010; Nezu, 2004; Nezu & Nezu, 2001; Nezu et al., 2014), como parte de la segunda ola de terapias cognitivo conductuales (Bell & D´Zurilla, 2009; Caro, 2011; D´zurilla & Nezu, 2010; Nezu, 2004; Nezu et al., 2014).

Posteriormente, D´Zurilla, Nezu y sus asociados continuaron revisando la teoría, desarrollándola (Bell & D´Zurilla, 2009; D´Zurilla & Nezu, 2010; D´Zurilla et al., 2004; Nezu & Nezu, 2001; Nezu et al., 2014) y comprobando su eficacia en una gran variedad de desórdenes psicológicos (D´zurilla & Nezu, 2010; Nezu et al., 2014).

En 2013, Nezu, Nezu y D´Zurilla publicaron el más reciente manual de tratamiento de esta terapia, el cual brinda las pautas para esbozar las estrategias generales de intervención de la TSP contemporánea. En esta última versión se realiza una importante revisión conceptual y clínica de las versiones anteriores de este enfoque terapéutico, además se integran los recientes avances en la investigación del campo en las neurociencias, en lo referente a neurobiología, estrés y emociones, y de la psicología (Nezu et al., 2014).

La TSP tiene como objetivos reducir o prevenir la psicopatología y optimizar el funcionamiento psicológico y conductual, previniendo las recaídas y el desarrollo de nuevos problemas clínicos, y maximizando la calidad de vida (D´zurilla & Nezu, 2010; Ruiz et al., 2013), ayudando a las personas a afrontar, de manera efectiva, estresores (Nezu et al., 2014; Ruiz, et al., 2013) mayores

(eventos traumáticos) y menores (situaciones cotidianas crónicas) [Nezu et al., 2014].

Este modelo terapéutico se basa en el hecho de que la solución de problemas, el estrés y el bienestar se encuentran relacionados. Se considera que la solución de problemas modera la relación entre los eventos vitales estresantes y el bienestar (Bell & D´Zurilla, 2009).

Los autores emplean el término solución de problemas de la vida real (Nezu, et al., 2014) para referirse a la forma en que las personas resuelven problemas que ocurren en el medio social de manera natural (D´zurilla & Nezu, 2010; D´Zurilla et al., 2004; Nezu et al., 2014). La solución de problemas de la vida real es, a la vez, un proceso de aprendizaje, una estrategia general de afrontamiento y un método de auto-control (D´zurilla & Nezu, 2010).

La TSP está integrada por tres componentes principales: solución de problemas, problema y solución (D´zurilla & Nezu, 2010; D´Zurilla et al., 2004; Nezu et al., 2014).

La solución de problemas de la vida real se refiere al proceso cognitivo-conductual auto-dirigido mediante el que la persona (D´Zurilla et al., 2004; Nezu et al., 2014), o grupo de personas (D´zurilla & Nezu, 2010; D´Zurilla et al., 2004), tratan de identificar, descubrir y/o desarrollar soluciones adaptativas de enfrentamiento a los problemas, tanto agudos como crónicos, a los que se enfrentan en la vida cotidiana (D´zurilla & Nezu, 2010; D´Zurilla et al., 2004; Nezu et al., 2014).

Ruiz et al. (2013) refieren:

El Proceso de Solución de Problemas (PSP) puede definirse como la secuencia cognitivo-conductual a través de la cual los individuos tratan de identificar soluciones eficaces para los problemas de la vida cotidiana, generando y utilizando para ello un conjunto de actitudes, destrezas y habilidades de diferente naturaleza (cognitivo, conductual y emocional), que deben ser puestas en marcha coordinadamente, de forma flexible, para adecuarse a la diversidad de escenarios estresantes de la vida. El PSP más que representar una estrategia concreta de afrontamiento, se refiere a un metaproceso de comprensión, valoración y adaptación a los acontecimientos estresantes en general. (p. 435).

De manera más concreta, la solución de problemas es el proceso mediante el cual las personas dirigen sus esfuerzos de enfrentamiento hacia la modificación de: (a) la naturaleza de la situación, para que ésta no siga representando un problema (se conoce como objetivo centrado en el problema), por ejemplo, reconocer y superar alguna barrera que obstaculiza el logro de objetivos para solucionar un problema; (b) las reacciones inadaptadas hacia los problemas (conocido como objetivo centrado en la emoción), tal es el caso de reducir reacciones emocionales negativas e incrementar la capacidad de aceptar que los problemas son parte de la vida; y (c) la situación y su respuesta emocional inadaptada al problema, por ejemplo, tratar de modificar el problema en sí y las reacciones emocionales que éste implica en la persona.

El proceso de solución de problemas permite generar una amplia variedad de potenciales soluciones efectivas para un problema particular e incrementar la probabilidad de elegir la solución más efectiva entre todas las alternativas. La solución de problemas sociales es un proceso consciente y racional que implica esfuerzos y ser propositivo (D´Zurilla et al., 2004).

Nezu et al. (2014) describen su modelo de la siguiente manera:

Más que representar un tipo concreto de conducta o actividad de enfrentamiento, nuestro modelo concibe a la TSP como el metaproceso multidimensional de identificación y selección ideográfica de un conjunto de respuestas de enfrentamiento destinadas a corregir eficazmente los rasgos característicos (muy probablemente únicos) de una determinada situación estresante. Hay que advertir que la TSP aspira a mejorar la eficacia de las actividades de solución de problemas para aumentar la probabilidad de que tales esfuerzos resulten, en última instancia, exitosos. (pp. 28-29).

Los problemas son situaciones vitales, presentes o anticipadas, que requieren de una respuesta adaptativa para evitar consecuencias negativas a corto o largo plazo, y que, debido a la existencia de obstáculos, la persona que experimenta tal situación no tiene acceso a una respuesta eficaz evidente. Nezu et al. (2014) mencionan:

Un problema tiene que ver con la relación existente entre la persona y el entorno, representada por el desequilibrio o discrepancia real o percibida entre las exigencias de la situación y las habilidades y reacciones de enfrentamiento... lo que, para una persona, es un problema, no necesariamente lo es para otra. Además, lo que es hoy un problema para una determinada persona, puede no serlo para esa misma persona en ese momento. (p. 31).

La solución se refiere a una respuesta (o respuestas) de afrontamiento (Nezu et al., 2014), ya sea cognitiva o conductual (D'Zurilla et al., 2004), ante una situación determinada. La solución es el resultado del proceso de solución de problemas aplicado a una situación problemática específica (D'Zurilla et al., 2004; Nezu et al., 2014).

Una solución eficaz es la que logra el objetivo u objetivos de la solución del problema, maximizando las consecuencias positivas y, simultáneamente, minimizando las negativas (Nezu et al., 2014). Entre los resultados importantes se deben tomar en cuenta tanto los efectos sobre uno mismo como sobre los demás.

Para la última versión del tratamiento, Nezu et al. (2014) revisan dos conceptos importantes de la solución de problemas: la orientación hacia el problema y el estilo de solución de problemas.

La orientación hacia el problema se refiere a los esquemas cognitivo-afectivos relativamente estables que expresan las creencias, actitudes y reacciones emocionales generalizadas que tiene una persona acerca de los

problemas de la vida y de la propia capacidad para enfrentarse exitosamente a éstos.

De acuerdo con Nezu et al. (2014), existen dos tipos de orientaciones hacia el problema: (a) la positiva, que implica la tendencia de la persona a considerar los problemas como retos, ser optimista ante éstos, creyendo que se pueden resolver y que son capaces de ello, y, además, la persona entiende que las emociones negativas son parte del proceso de solución de problemas y que una solución exitosa de problemas implica tiempo y esfuerzo; y (b) la orientación negativa, por el contrario, consiste en considerar a los problemas como amenazas, creer que no se pueden resolver, dudar de las propias capacidades para enfrentarlos de manera eficaz y frustrarse y molestarse cuando uno se encuentra enfrentando a problemas y emociones negativas.

Los estilos de solución de problemas son el conjunto de actividades cognitivo-conductuales a los que recurren las personas para afrontar o resolver problemas estresantes. Se distinguen tres estilos de solución de problemas: (a) solución racional de problemas, o, solución planificada de problemas; (b) solución evitativa de problemas, y (c) solución impulsiva-descuidada de problemas (Nezu et al., 2014).

La solución planificada de problemas es el enfoque adaptativo para afrontar problemas estresantes, en contraste, tanto la solución evitativa de problemas como la solución impulsiva-descuidada son consideradas como desadaptativas,

pues se relacionan con la solución ineficaz de problemas, ya que suelen empeorar los existentes y a crear otros (Nezu et al., 2014).

La solución racional de problemas implica un conjunto de habilidades concretas, las cuales se trabajan a lo largo del proceso terapéutico: (1) definición del problema, (2) generación de alternativas, (3) toma de decisiones, e (4) implementación de la solución y verificación de los resultados (Nezu et al., 2014).

En su más reciente versión (Nezu et al., 2014), la TSP cuenta con cinco objetivos para el tratamiento: (1) mejorar la orientación positiva hacia los problemas, (2) reducir la orientación negativa hacia los problemas, (3) alentar la solución racional o planificada de problemas, (4) minimizar la evitación de problemas y (5) reducir la solución impulsiva/descuidada de problemas.

Esta versión plantea un tratamiento flexible que consta de varios pasos: primero se realizan sesiones de evaluación, luego se planea el tratamiento, se llevan a cabo sesiones introductorias con el paciente y, a continuación, se realiza el trabajo sobre cuatro grupos o “kits de herramientas”: (1) Multitarea de solución de problemas; (2) El método DEPA (detente, enlentece, piensa y actúa) de solución de problemas en situaciones estresantes; (3) Pensamiento sano e imagen positiva; y (4) Solución planificada de problemas, los cuales se trabajarán a lo largo del tratamiento, y, una vez aprendidos, se practicarán de manera guiada, para, finalmente, dar cierre al tratamiento. Los autores hacen énfasis en que los grupos de herramientas deben trabajarse según las necesidades de los clientes,

así pues, es posible que alguno requiera mayor trabajo en uno de los grupos de herramientas pero no en los otros.

A continuación se describen, de manera breve, algunas características básicas de los cuatro grupos de herramientas (Nezu et al., 2014):

- **Multitarea de solución de problemas:** este grupo de herramientas se diseñó para hacerle frente a la incapacidad del cerebro para llevar a cabo varias tareas a la vez, particularmente aquellas que afectan a los problemas complejos y/o emocionalmente cargados.

Para superar esta incapacidad, se plantean tres estrategias concretas: (a) exteriorización, que consiste en dar una forma externa a la información (por ejemplo hacer una lista), (b) visualización, que implica el empleo de la imaginación para tres propósitos fundamentales que son clarificar el problema, ensayar de manera imaginaria y gestionar el estrés; y (c) la simplificación, mediante la cual se trata de dividir los problemas complejos en otros más sencillos y, de esta manera, en lugar de tener un objetivo global único, éste también se separa para tener metas más pequeñas que sean más fáciles de comprender.

- **El método DEPA (detente, enlentece, piensa y actúa) de solución de problemas en situaciones estresantes:** al comenzar este grupo de herramientas se presenta y explica el acrónimo DEPA, aunque el

presente kit se centra en las dos primeras palabras de éste: detente y enlentece.

Mediante estas herramientas se ayuda al cliente a desactivar el impulso emocional, que es un obstáculo muy importante para la solución eficaz de problemas.

Primero se enseña al cliente a “detenerse”, lo cual se logra ayudando al paciente a ser consciente de su reacción global de estrés: respuestas cognitivas, conductuales, afectivas y físicas, y luego de los desencadenantes de tal reacción, lo que ayuda a la persona a establecer una imagen más completa de sus asociaciones entre estados en los que se encuentra bajo estrés y cuando no, y a que pueda elegir formas más adecuadas de regular sus reacciones emocionales intensas.

Para ayudar a los clientes a “enlentece” se emplean varias técnicas de gestión del estrés: contar, respiración profunda, imaginación guiada, sonrisa y bostezo “fingidos”, meditación mindfulness, relajación muscular, ejercicio o paseo atento, hablar con alguna persona para que brinde apoyo, mascar chicle y orar, entre otras.

- Pensamiento sano e imagen positiva: este kit tiene dos objetivos, el primero superar el pensamiento negativo, y el segundo, superar la sensación de impotencia. Así pues, se pretende que la persona se sienta más esperanzada y dispuesta a adoptar una orientación positiva hacia el problema.

Para lograr estos objetivos se puede emplear un registro de acciones, pensamientos y consecuencias emocionales, así como el role-playing. Además, se emplea la imaginación para tratar de visualizar cómo se sentirá el paciente cuando resuelva el problema y para simplificar el objetivo, fragmentándolo en otros más pequeños y manejables, lo que facilitará la solución planificada de problemas.

- Solución planificada de problemas: este grupo de herramientas se enfoca en las últimas dos palabras del acrónimo DEPA: piensa y actúa.

Se realizan cuatro actividades que componen la solución planificada de problemas: (a) definir el problema, lo que implica aclarar su naturaleza, determinar objetivos realistas e identificar obstáculos que pueden impedir el logro de éstos; (b) generar ideas para soluciones alternativas; (c) tomar decisiones respecto a las alternativas a incluir en el plan de acción, teniendo en cuenta las posibles consecuencias de las diferentes alternativas, realizando un análisis de costos y beneficios basado en las consecuencias identificadas y desarrollando un plan de solución que permita la resolución del problema; (d) implementar el plan de acción y evaluar sus consecuencias; respecto a la evaluación, se determina si los esfuerzos para la solución del problema han tenido éxito o, por el contrario, si se debe insistir en ellos.

Existen dos versiones para el empleo de este kit: (a) entrenamiento breve, y (b) entrenamiento intensivo. La diferencia entre uno y el otro

radica en la amplitud del entrenamiento respecto a las cuatro actividades que componen la solución planificada de problemas. El uso de de una u otra versión dependerá del problema del paciente y de la evaluación inicial realizada a éste.

Nezu et al. (2014) refieren que la duración de la terapia varía entre las ocho a veinte sesiones, las cuales pueden durar de una hora a una hora con treinta minutos. Advierten que esta duración dependerá de la gravedad de los síntomas de los clientes. Estos estándares se han establecido según el trabajo con adultos.

Aplicaciones de la terapia de solución de problemas.

Desde que D'Zurilla y Goldfried (1971) desarrollaron esta intervención, se ha comprobado la utilidad y efectividad de esta terapia, tanto en formato individual como grupal, en un amplio rango de problemas (D'zurilla & Nezu, 2010; Nezu, et al., 2014; Ruiz, et al., 2013), por ejemplo, para tratar depresión (Caro, 2011; D'zurilla & Nezu, 2010; Nezu & Nezu, 2001; Nezu, et al., 2014), ansiedad (D'zurilla & Nezu, 2010; Nezu, et al., 2014), cuidados de pacientes crónicos con: cáncer, Alzheimer, demencias, etcétera; para tratar la esquizofrenia (Caro, 2011; D'zurilla & Nezu, 2010; Nezu, et al., 2014), trastornos de la personalidad (Caro, 2011; Nezu, et al., 2014), ideas suicidas (Caro, 2011; D'zurilla & Nezu, 2010; Nezu, et al., 2014; Ruiz, et al., 2013), personas con retraso mental (Caro, 2011; Nezu, et al., 2014; Ruiz, et al., 2013), abuso de sustancias (Caro, 2011; D'zurilla & Nezu, 2010; Nezu, et al., 2014; Ruiz, et al., 2013), fobia social, problemas

maritales, problemas entre padres e hijos, atención primaria (D'zurilla & Nezu, 2010; Nezu, et al., 2014; Ruiz, et al., 2013), dolor de espalda y artritis (Caro, 2011; Nezu, et al., 2014; Ruiz, et al., 2013), pacientes con heridas craneales (Nezu, et al., 2014; Ruiz, et al., 2013), entre muchos otros (Nezu, et al., 2014).

A pesar de que el modelo originalmente se generó para su aplicación con adultos, conforme éste se ha desarrollado se han realizado trabajos con adolescentes (Bell & D'Zurilla, 2009; D'zurilla & Nezu, 2010; Frye & Goodman; Grover et al., 2009) y niños (Bonete, Molinero, Mata, Calero & Gómez-Pérez, 2016; Caro, 2011; Dubow & Tisak, 1989; D'zurilla & Nezu, 2010; Frauenknecht & Black; 2004; Goodman et al., 1995; Hanten et al., 2008; Rabiner et al., 1990; Richard & Dodge, 1982; Shure, 1993).

Frauenknecht y Black (2004) señalan que entrenar a los niños en solución de problemas les enseña cómo pensar, en lugar de qué pensar, por lo cual pueden adoptar soluciones sociales por su propia cuenta y así resolver diversos problemas.

Autores como Coleman, Wheeler y Webber (1993); Frauenknecht y Black (2004); Pellegrini y Urbain (1985); Tisdelle y Lawrence (1986); y Urbain y Kendall (1980) resaltan la efectividad del entrenamiento de solución de problemas, haciendo notar que este tipo de intervenciones, por sí solas, generan un cambio conductual efectivo en los niños y les enseñan nuevas habilidades de solución de problemas.

No obstante la eficacia demostrada por este tipo de intervenciones, los autores refieren que aún se requieren varios ajustes en los procedimientos de este tipo de entrenamientos para mejorar su eficacia, así como el desarrollo de protocolos y la necesidad de realizar más intervenciones (Coleman, Wheeler & Webber, 1993; Frauenknecht & Black, 2004; Pellegrini & Urbain, 1985; Tisdelle & Lawrence, 1986; Urbain & Kendall, 1980).

Se aclara que estos autores emplean el término entrenamiento en lugar de terapia, ya que permite un enfoque más amplio de la utilidad de este tipo de procedimientos, pues al emplear la palabra entrenamiento, se puede referir tanto a la posibilidad de un tratamiento terapéutico, a un trabajo que se ha realizado posteriormente a que se termine dicho tratamiento y a un programa de prevención. Además, hacen referencia a diferentes tipos de entrenamiento de solución de problemas, pues los autores que emplean estos tratamientos lo han hecho de diferentes formas (Coleman et al., 1993; Frauenknecht & Black, 2004; Pellegrini & Urbain, 1985; Tisdelle & Lawrence, 1986; Urbain & Kendall, 1980).

Frauenknecht y Black (2004) refieren algunos elementos básicos generales que resaltan entre los entrenamientos en solución de problemas con niños de manera efectiva. Los autores dividen en tres categorías a estos elementos.

La primera categoría refiere a la importancia de tener un instructor y que éste sea fiel al programa. Este elemento se resalta debido a que existen algunos programas que se basan en el uso de un manual por parte del usuario, sin que

haya un profesional que ayude a la implementación de éste (Frauenknecht & Black, 2004).

La segunda categoría implica algunas características y habilidades que deben tener los niños. En el caso de las habilidades, es posible que el niño no las posea al comenzar el entrenamiento, pero que mediante éste se desarrollen (Frauenknecht & Black, 2004):

- Los niños, preferentemente, deben tener un nivel de pensamiento operacional, pues esto ayudará a que puedan atender, con mayor facilidad, cuestiones relacionadas con sus propios pensamientos y los de los demás, así como examinar un problema a futuro, más allá del contexto actual en el que se desarrolla, permitiendo así una mayor comprensión del problema.

Es posible que los niños en etapa de pensamiento de operaciones concretas puedan, sin mayores dificultades, aprender y entender un procedimiento que implique una secuencia de pasos, sin embargo, es posible que presenten dificultades para aplicar el proceso ante situaciones en vivo sin el apoyo de una persona mayor que conozca el procedimiento.

- Es necesario que los niños tengan la habilidad de comunicarse de manera efectiva con otros: hablar y escuchar, particularmente de los propios sentimientos. Se recomienda que mientras más chicos sean los niños o si experimentan dificultades en estas áreas, las

intervenciones deben incluir entrenamiento en habilidades de comunicación.

- Los niños deben poseer habilidades sociales y emocionales competentes. Se requiere ser consciente de las propias emociones, poder identificarlas y modularlas; así como lograr reconocer ciertas características de los contextos en los que se presentan las relaciones sociales, reconocer reglas y metas dentro de éstas y poder identificar perspectivas y problemas de las personas con las que uno interactúa.

La tercera categoría identifica la importancia de que los programas de entrenamiento en solución de problemas contemplen el nivel de madurez de los niños para que implementen instrucciones, guías y procedimientos que sean fáciles de aprender para ellos (Frauenknecht & Black, 2004).

A pesar de las diferentes aplicaciones de la teoría de D'Zurilla y Goldfried (1971) para la solución de problemas, en el manual de la última versión de este tratamiento (Nezu et al., 2014) no se encuentran referencias acerca de la aplicación de la terapia en población infantil, aunque el bagaje teórico sí contempla a los niños.

Se considera que tanto la teoría como la técnica empleada en esta nueva versión de la TSP son viables de ser aplicadas con niños y que éstos pueden aprenderla y utilizarla, pues no difiere de manera sustancial a otros entrenamientos en solución de problemas empleados con niños que han resultado

efectivos (Dubow & Tisak, 1989; Goodman, Gravitt & Kaslow, 1995; Kazdin, 1995; Kazdin, 2010; Rabiner, Lenhart & Lochman, 1990; Richard & Dodge, 1982; Shure, 1993), así como a tratamientos que han buscado dotar a los menores de estrategias de afrontamiento adaptativas (Compas et al., 2005; Compas et al., 2009; Compas et al., 2010; Compas et al., 2011; Skinner & Edge, 1998).

Debido a lo anterior, se piensa que es importante explorar cómo esta terapia (Nezu et al., 2014) podría ser implementada de manera efectiva con niños, si es posible que la aprendan y la apliquen tanto dentro como fuera del consultorio, con o sin la ayuda de algún adulto.

Capítulo IV. Método

Justificación

En México, alrededor del 54% de la población infanto-juvenil (cero a diecisiete años de edad) vive bajo condiciones de vulnerabilidad, como son la falta de acceso a servicios básicos, como son vivienda, salud y seguridad social (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2016), asimismo, experimentan dificultades en la familia (maltrato y violencia), fracaso escolar y enfermedades de salud mental, entre otras (Secretaría de Salud [SS], 2012).

A partir del trabajo realizado en el Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes" (CCAPV), se identificó que los niños atendidos en este centro vivían bajo algunas de las condiciones de vulnerabilidad antes mencionadas, principalmente relacionadas con patrones de interacción negativos en la familia, especialmente hacia los niños, así como un bajo nivel socioeconómico y pobre desempeño escolar de los menores; dichas condiciones representan potenciales estresores para los niños y sus familiares (Martínez-Otero, 2012; Nezu et al., 2014; SS, 2012; Trianes et al., 2009).

Estos potenciales estresores aumentan la probabilidad de que los menores experimenten las posibles consecuencias nocivas relacionadas con el estrés, entre las cuales se encuentran enfermedades inmunológicas (Landy, 2009) y gastrointestinales (APA, 2016), así como interferir en los procesos cognitivos (De

la Fuente et al., 2014) y en las habilidades de afrontamiento (Nezu, et al., 2014), provocar alteraciones en la conducta (Lucio, 2014) y patologías como el trastorno de estrés post-traumático, depresivo y de ansiedad (Anisman, 2014; APA, 2016; Everly & Lating, 2002).

Debido a lo anterior, es importante contar con métodos terapéuticos eficientes que permitan apoyar a los menores a desarrollar las habilidades necesarias para hacerle frente a estos estresores de manera adaptativa.

En México, los tratamientos relacionados con el estrés se centran en el Trastorno de estrés postraumático (TEP). Para su atención en niños se recomienda el uso de la exposición (Hernández, Benjet, Andar, Bermúdez & Gil, 2010) y de la “Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma” (TCC-CT) [Organización Mundial de la Salud {OMS}, 2014; SS, 2011].

Si bien estos tratamientos son ampliamente recomendados, se identificaron algunas limitantes para su implementación con la población infantil del CCAPV: (a) dichos tratamientos requieren de manuales y entrenamiento por parte de alguna institución, lo cual es de difícil acceso en México; (b) respecto a la exposición, no se cuenta con datos evidentes acerca de su efectividad en niños (Hernández et al., 2010), mientras que la TCC-CT no ha mostrado resultados concluyentes para el tratamiento de estresores menores; y (c) ya que la TCC-CT implica la participación de los cuidadores principales para garantizar una mayor efectividad, no se consideró viable debido a la poca motivación de los cuidadores de los niños que asistían al CCAPV para participar en el tratamiento de éstos.

Atendiendo lo anterior, se consideró importante identificar métodos terapéuticos eficaces para apoyar a los niños a afrontar toda clase de estresores y cuya implementación fuera viable. Revisando la literatura se encuentra que la TSP ha sido empleada para el tratamiento del estrés, tanto en adultos como niños.

Esta terapia enseña a las personas a solucionar circunstancias estresantes de manera adecuada, sin evitar los problemas o resolverlos impulsivamente. Existe evidencia contundente de que la aplicación de este modelo terapéutico promueve la solución adaptativa de problemas (Nezu et al., 2014), la cual es un tipo de afrontamiento que ha sido considerado como uno de las más adaptativos que puedan emplear los niños (Carr, 2006; Skinner & Edge, 1998; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Sin embargo, si bien existe evidencia del uso de la TSP en población infantil, las investigaciones acerca de su efectividad sugieren que se requiere mayor evidencia al respecto, así como generar manuales para la implementación y adecuación de los procedimientos (Coleman et al., 1993; Frauenknecht & Black, 2004; Tisdelle & Lawrence, 1986). Aunado a esto, se enfatiza que la investigación existente no se ha realizado en población mexicana.

Debido a lo anterior, el objetivo del presente trabajo consistió en realizar una propuesta para adaptar e implementar la TSP (Nezu et al., 2014) de manera efectiva con niños de ocho a diez años de edad del CCAPV y corroborar si es posible que la aprendan y apliquen dentro y fuera del consultorio, con o sin la ayuda de algún adulto.

Contar con un tratamiento adaptado específicamente para el trabajo con población infantil permitirá dar solución a varios de los problemas de salud mental que experimentan los menores, al brindarles las herramientas necesarias para afrontar de manera adaptativa los estresores que los aquejan.

Objetivo general

Analizar si la adaptación realizada de la TSP (Nezu et al., 2014) en un formato grupal para niños de ocho a diez años de edad que asisten al *Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”* incrementa el uso de tipos de afrontamiento adaptativos y si reduce el uso de tipos de afrontamiento desadaptativos y el nivel de estrés experimentado por los niños.

Objetivos específicos.

- Revisar el manual de la TSP (Nezu et al., 2014) y la literatura especializada acerca de la aplicación de la TCC con niños.
- Generar la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) en un formato grupal, a partir de la literatura revisada, para niños de ocho a diez años del *Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”*: duración del tratamiento, elementos a trabajar en el proceso terapéutico, planeación de las sesiones (cartas descriptivas) y criterios de inclusión y exclusión.

- Desarrollar un formato de evaluación conductual y una escala de calificación numérica para valorar la efectividad de los participantes del grupo terapéutico para realizar conductas representativas de cinco elementos de la TSP (Nezu et al., 2014): Exteriorización, Detenerse, Enfriarse (enlentecerse), Pensar y Actuar, que se trabajarán a lo largo del tratamiento terapéutico.
- Seleccionar a los participantes del grupo conforme a los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos.
- Realizar la medición pre-tratamiento de los niveles de estrés y tipos de afrontamiento empleados por los participantes del grupo, mediante los instrumentos: *Escala Infantil de Afrontamiento (EIA)* [Lucio, Durán & Heredia, 2015] y *Escala de Estrés para niños (CEN)* [Lucio, Durán & Heredia, 2011].
- Aplicar el tratamiento en formato grupal lo largo de diez sesiones semanales de noventa minutos cada una.
- Realizar la medición post-tratamiento de los niveles de estrés y tipos de afrontamiento de los participantes del grupo mediante los instrumentos: *EIA* (Lucio, Durán & Heredia, 2015) *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011).
- Efectuar la evaluación conductual por sesión, para cada participante, respecto a la aplicación de cinco elementos de la TSP, mediante la revisión de la videograbación de las sesiones.
- Realizar el análisis de la significancia clínica mediante la fórmula de Jacobson y Truax (Gómez & Roussos, 2012; Jacobson & Truax, 1991) para

analizar si se presentaron cambios clínicamente significativos luego de la implementación del tratamiento.

- Desarrollar las adecuaciones pertinentes a la propuesta inicial de tratamiento a partir del análisis de la información recabada.

Pregunta de investigación

¿La aplicación de la versión adaptada de la TSP (Nezu et al., 2014) en un formato grupal para niños de ocho a diez años de edad incrementará el uso de tipos de afrontamiento adaptativos y reducirá el uso de tipos de afrontamiento desadaptativos y el nivel de estrés experimentado por los niños?

Hipótesis

1.- Hi: La aplicación de la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) a niños de ocho a diez años incrementará el uso de tipos de afrontamiento adaptativos y reducirá el uso de tipos de afrontamiento desadaptativos ni el nivel de estrés experimentados por los niños.

1.-Ho: La aplicación de la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) a niños de ocho a diez años no incrementará el uso de tipos de afrontamiento adaptativos ni reducirá el uso de tipos de afrontamiento desadaptativos ni el nivel de estrés experimentados por los niños.

Variables

Propuesta de intervención.

Definición conceptual: adaptación de la Terapia de Solución de Problemas (TSP) [Nezu et al., 2014] para su aplicación en un formato grupal con niños de ocho a diez años del *Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”*.

Definición operacional: proceso terapéutico que constó de doce sesiones, diez de tratamiento, cada una con una duración de noventa minutos, y dos de evaluación, una previa a comenzar la intervención y otra posterior a ésta, en las que se aplicaron los instrumentos CEN y EIA. A lo largo del tratamiento se trabajaron cinco elementos de la TSP (Nezu et al., 2014): Exteriorización, Detenerse, Enfriarse, Pensar y Actuar, mediante diferentes técnicas Cognitivo-Conductuales.

Estrés.

Definición conceptual: una reacción particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (Lazarus & Folkman, 1991).

Definición operacional: puntaje obtenido en el factor de Estrés total de la *Escala de Estrés para Niños (CEN)*, elaborada por Lucio, Durán y Heredia (2011).

Afrontamiento.

Definición conceptual: aquellos esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas y/o internas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de los individuos (Lazarus & Folkman, 1986).

Definición operacional: puntajes obtenidos en los cuatro factores de Afrontamiento de la *Escala Infantil de Afrontamiento* (EIA) elaborada por Lucio, Durán y Heredia (2015).

Tipo de estudio

Se trató de una investigación preexperimental, donde se analizó la propuesta de tratamiento aplicada, con un diseño de un sólo grupo con una medición previa al tratamiento y una post-tratamiento (García, 2009; Hernández, Fernández & Baptista, 2010), las cuales se realizaron a cada uno de los participantes mediante los instrumentos: *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011) y *EIA* (Lucio, Durán & Heredia, 2015).

Muestra y Participantes

La selección de los participantes fue no probabilística, empleando un muestreo de *sujetos tipo* (García, 2009). Se trabajó con una muestra $n=3$ niños de nacionalidad mexicana, con un rango de edad de ocho a diez años; una edad media $M_{(edad)} = 9$ y desviación estándar $DE_{(edad)}=1$; el 66.6% correspondió al sexo masculino y el 33.33% al femenino; y su escolaridad era de cuarto o quinto grado de primaria.

Se incluyeron siete participantes: cuatro niños y tres niñas seleccionados en el *Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes" (CCAPV)*, de los cuales sólo concluyeron tres el proceso terapéutico: G, U y E, por lo que a lo largo del presente trabajo sólo se hace referencia a ellos; los cuatro participantes que abandonaron el tratamiento a partir de la primera y hasta la quinta sesión. Los niños fueron evaluados en cuanto a nivel de estrés y tipos de afrontamiento utilizados previo a comenzar las sesiones de tratamiento.

Como criterios de inclusión para el tratamiento se consideró la edad de los participantes: ocho a diez años, que sus cuidadores principales pudieran asistir a un grupo terapéutico paralelo que se llevaría a cabo en el mismo horario de atención que el de los niños y que sus problemas (motivos de consulta) implicaran el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas para enfrentar experiencias que percibían como estresantes. Como criterios de exclusión, se consideró que los participantes estuvieran diagnosticados algún trastorno del desarrollo neurológico

o trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta, y que algún familiar hubiera sido previamente seleccionado en el grupo terapéutico de niños.

Características particulares de los participantes y motivos de consulta.

A continuación se presentan algunos datos característicos relevantes de los tres niños que finalizaron la intervención terapéutica, así como también de sus cuidadoras principales, y los motivos de consulta, o problemas, expresados por los participantes del grupo terapéutico que se trabajaron durante el tratamiento. Por razones éticas, se hace referencia a los participantes y a sus cuidadoras principales por medio de las iniciales de sus nombres.

Participante G.

Tabla 1.

Ficha de identificación del participante G y su cuidadora principal

Nombre de la menor: G.	Sexo: femenino
Edad: 10 años.	Escolaridad: 5° grado de primaria.
Cuidadora principal: L (madre).	Sexo: femenino.
Edad: 35 años.	Ocupación: Empleada doméstica.

Motivo de consulta expresado por G:

- “A mí me estresan mucho las tareas (sic. G)”. Explica que se siente nerviosa y estresada cuando una tarea o examen le resulta muy difícil; no le ocurre esto con las tareas y exámenes fáciles. Refiere que le preocupa el posible resultado negativo que pudiera tener al no realizar adecuadamente sus labores escolares, pues su mamá la regaña cuando no tiene un buen desempeño en sus actividades académicas, sobre todo cuando se le dificulta hacer alguna tarea.

La mamá de G comenta que al ocurrir el problema de su hija, la menor suele reaccionar con miedo y tristeza: llora, enojo: azota puertas o avienta sus cuadernos y libros, y suele evitar hablar de lo que siente.

Participante U.

Tabla 2.

Ficha de identificación del participante U y su cuidadora principal

Nombre de la menor: U.	Sexo: masculino
Edad: 8 años.	Escolaridad: 4° grado de primaria.
Cuidadora principal: M (madre).	Sexo: femenino.
Edad: 26 años.	Ocupación: Trabajadora doméstica.

Motivos de consulta expresado por U:

- U expresa dos problemas: el primero se refiere a la manera en la que se relaciona con su hermano y primo. Explica que ellos suelen pegarle, en ocasiones sin razón aparente, y él, ante tales acciones, responde con golpes; comenta que su problema es -Yo también les pego y me regañan por pegarles aunque yo no haya empezado... Que no me controlo y les pego- (Sic. U).

El segundo problema se relaciona con la separación de sus padres, lo que provocó que su papá dejara de vivir con U y su familia. Refiere sentirse muy triste debido a que su papá ya no viva con ellos y agrega que desde que esto ocurrió él se ha portado “grosero” (Sic. U) con su mamá y sabe que eso “está mal” (Sic. U), lo cual quiere dejar de hacer.

Participante E.

Tabla 3.

Ficha de identificación del participante E y su cuidadora principal

Nombre de la menor: E.	Sexo: masculino
Edad: 9 años.	Escolaridad: 4° grado de primaria
Cuidadora principal: B (abuelita).	Sexo: femenino.

Edad: 54 años.

Ocupación: hogar.

Motivos de consulta expresado por E:

- E comenta dos problemas: el primero se implica la relación de carácter agresivo que mantiene con su primo, quien suele pegarle de manera constante, “casi siempre que están juntos” (Sic. E), debido a ello, él también le pega, aunque, de acuerdo con E, su primo es quien comienza este tipo de interacciones.

El segundo problema se refiere al comportamiento de E en la escuela, espacio en el que suele decir groserías y empujar y pegarle a sus compañeros. Explica que él hace tales acciones debido a que los demás lo molestan, por ejemplo, pegándole o diciéndole groserías.

Respecto a estos dos problemas, E desea -Que me deje de pegar (su primo) y que yo mejore en mis clases- (sic. E). Agrega -Mejorar que no sea grosero con mis demás amigos y jugar con otra gente- (sic. E).

Los tipos de comportamientos antes referidos también solían presentarse en casa, donde peleaba: decía groserías, gritaba y llegaba a pegarle a diferentes cosas (muebles, puertas o paredes), con su abuelita y mamá cuando le pedían realizar algún quehacer o su tarea de la escuela.

Escenario

El procedimiento se llevó a cabo en un consultorio del *Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”* (CCAPV) cuyas medidas aproximadas son de 7 metros de largo por 3 metros de ancho. Cuenta con apropiadas condiciones de iluminación y ventilación. Sin embargo, el consultorio no posee las cualidades apropiadas para el desarrollo del trabajo terapéutico, ya que en el espacio hay un refrigerador y una estufa, elementos que generan tanto distracción para los pacientes como un potencial riesgo; por otra parte, ya que el consultorio se encuentra cercano a la entrada del CCAPV, es frecuente que los pacientes se distraigan al notar a las personas que entran a éste, además, es común que tales personas interrumpan la labor terapéutica para pedir información acerca de los servicios que presta el centro “Los Volcanes”.

A pesar de tales condiciones, el espacio fue utilizado debido a que es el único consultorio en el centro que cuenta con las proporciones pertinentes para poder trabajar en un formato grupal y es adecuado para la labor terapéutica con niños (es uno de dos consultorios del CCAPV destinado para trabajar con dicha población).

El espacio contaba con diversos juguetes: coches de plástico, bloques de madera, luchadores de plástico, “punching bag”, arenero, figuras de acción y utensilios de plástico, entre otros; y diversos materiales artísticos: hojas de colores, pinturas, plumones, colores, crayolas, plastilinas, etcétera.

Instrumentos

La recolección de los datos se realizó mediante los siguientes instrumentos:

Escala numérica para la evaluación conductual: instrumento desarrollado ex profeso (Kerlinger & Lee, 2002; Martin & Pear, 2008) [ver Apéndice C] para medir la efectividad de los niños para realizar conductas representativas de los cinco elementos de la TSP (Nezu et al., 2014) trabajados a lo largo del grupo terapéutico, considerados por el autor del presente texto, a partir de la revisión de la literatura, especialmente del manual de la última versión de la TSP (Nezu et al., 2014), como esenciales para ésta: (1) Exteriorización (identificación y definición del problema y sus características), (2) Detenerse (frenar las acciones que se realizan en el momento en el que surgen emociones intensas de carácter negativo), (3) Enfriarse (enlentecerse) [reducir, mediante estrategias adaptativas, la intensidad de la experiencia emocional], (4) Pensar (proponer diversos planes de acción adaptativos para resolver el problema o regular las emociones de carácter negativo), y (5) Actuar (seleccionar una de las alternativas de solución previamente propuestas y llevarla a cabo). La evaluación conductual mediante la escala de calificación numérica la realizó el autor del presente trabajo a partir de la observación de los videos de las sesiones terapéuticas.

Escala Infantil de Afrontamiento (EIA) [Lucio, Durán & Heredia, 2015], tercera versión de investigación. El cuestionario cuenta con cuarenta y cinco reactivos con opciones de respuesta en escala tipo Likert de cuatro opciones, agrupados en cuatro factores: (1) *Afrontamiento Disfuncional*, el cual está

conformado por dieciséis reactivos ($\alpha = 0.87$) y cuatro estrategias de afrontamiento: Enojo, Autoagresión, Oposición, y Aislamiento social o retraimiento; (2) *Afrontamiento Funcional*, conformado por dieciséis reactivos ($\alpha = 0.85$) y seis estrategias de afrontamiento: Negociación, Autocrítica, Autosuficiencia, Resolución de problemas, Adaptación, y Búsqueda de apoyo; (3) *Centrado en la Emoción*, conformado por ocho reactivos ($\alpha = 0.79$) y dos estrategias de afrontamiento: Tristeza, y Miedo; y (4) *Evitativo*, conformado por cinco reactivos ($\alpha = 0.68$) y dos estrategias de afrontamiento: Distracción, y Evitación. El coeficiente de confiabilidad Alpha total del instrumento es de 0.85.

Escala de estrés para niños (CEN) [Lucio, Durán & Heredia, 2011], segunda versión de investigación. El cuestionario cuenta con cuarenta y cuatro reactivos con opciones de respuesta en escala tipo Likert de cuatro opciones, agrupados en ocho factores: (1) *Falta de Aceptación Familiar* ($\alpha = 0.81$), conformado por diez reactivos; (2) *Agresión Verbal* ($\alpha = 0.81$), conformado por ocho reactivos; (3) *Falta de Confianza y Respeto* ($\alpha = 0.72$), conformado por seis reactivos; (4) *Presión Escolar* ($\alpha = 0.67$), conformado por cinco reactivos; (5) *Exigencia Familiar* ($\alpha = 0.57$), conformado por cuatro reactivos; (6) *Regaño y Castigo* ($\alpha = 0.56$), conformado por cuatro reactivos; (7) *Conflictos Familiares* ($\alpha = 0.55$), conformado por tres reactivos; y (8) *Miedos* ($\alpha = 0.46$), conformado por cuatro reactivos. El coeficiente de confiabilidad Alpha total del instrumento es de 0.91. Además, el instrumento cuenta con una pregunta final para conocer lo que hacen los niños cuando algo les preocupa o molesta mucho.

Procedimiento

Se desarrolló la propuesta de intervención para niños de ocho a diez años del *Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"*, basada en la última versión de la Terapia de Solución de Problemas de Nezu, Nezu y D`Zurilla (2014). Para elaborar la propuesta se revisó el manual terapéutico de esta versión, literatura pertinente al modelo y aspectos básicos del trabajo con niños desde el modelo Cognitivo-Conductual.

Se contactó, vía telefónica, a diversos consultantes del *Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"* interesados en recibir atención terapéutica infantil, para invitarlos a participar en dos grupos terapéuticos: uno para niños y otro para los cuidadores principales de éstos, con el objetivo de ayudarlos a resolver problemas cotidianos de manera positiva.

Se acordó una cita con los consultantes para realizar la entrevista de selección, a la cual debían asistir los niños con sus cuidadoras principales. En esta cita se les explicó a estos últimos el objetivo del grupo y las condiciones del trabajo: duración del tratamiento y de las sesiones, así como los días, horarios y costo de cada una. En el caso de los niños, también se les comentó el objetivo del grupo y las condiciones del trabajo, con excepción del costo de las sesiones. Durante esta cita se entrevistó, por separado, a los menores y a sus cuidadoras principales respecto a los motivos de consulta. Además, a estas últimas se les aplicó una entrevista estructurada en la que se exploraba el motivo de consulta,

posibles problemas de desarrollo, personas con las que vivía el menor y su desempeño escolar.

Una vez confirmada la participación de los niños y de sus cuidadoras principales, se entregaron a éstas últimas los formatos de consentimiento informado, y de derechos y responsabilidades de los pacientes, propios del *Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"*.

A continuación, se procedió a realizar la evaluación a los niños mediante los instrumentos: *EIA* (Lucio, Durán & Heredia, 2015) y *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011). Además, se entregó un formato de historia clínica a las cuidadoras principales de los niños para que brindaran información acerca del desarrollo vital de sus hijos. La historia clínica fue revisada posteriormente con cada uno de las cuidadoras principales para poder clarificar la información proporcionada y recabar datos que se consideraban necesarios y que no se hubieran reportado.

Tras la evaluación inicial, se calificaron los instrumentos y se vaciaron los datos obtenidos de éstos en una hoja de cálculo del programa SPSS Statistics 22. Posteriormente, se procedió a iniciar el trabajo terapéutico grupal con los niños.

El tratamiento constó de diez sesiones con una duración de noventa minutos cada una (ver Apéndice E para conocer las cartas descriptivas de las sesiones), en las cuales participaron dos terapeutas, uno principal, el autor del presente trabajo, y otro que fungió como apoyo. Cada una de las sesiones fue grabada para, posteriormente, realizar, con mayor precisión, la evaluación conductual. A lo largo del proceso terapéutico se trabajaron, en diferentes

momentos, de acuerdo con las necesidades de los pacientes, cinco elementos de la TSP (Nezu et al., 2014): Exteriorización, Detenerse, Enfriarse, Pensar y Actuar, los cuales fueron abordados mediante diferentes técnicas Cognitivo-Conductuales, que, de acuerdo con la literatura, han mostrado ser efectivas para trabajar con niños; las técnicas utilizadas; éstas fueron seleccionadas y adaptadas de acuerdo con las características de los participantes del grupo terapéutico.

Tras el término de las diez sesiones del tratamiento terapéutico grupal y la de evaluación post-tratamiento, se efectuó la evaluación conductual mediante la observación de las grabaciones de cada una de las sesiones terapéuticas; tal evaluación fue realizada por el autor del presente trabajo. A continuación, se realizó la calificación de los instrumentos y el vaciado de los datos obtenidos en la hoja de cálculo del programa SPSS Statistics 22 previamente mencionada, con la finalidad de realizar el análisis de la significancia clínica de acuerdo con el procedimiento descrito por Jacobson y Truax (Gómez & Roussos, 2012; Jacobson & Truax, 1991) [ver Apéndice D].

Finalmente, a partir del análisis de la información obtenida se llegó a determinadas conclusiones que tienen como objetivo optimizar la propuesta de intervención implementada.

Capítulo V. Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos luego de la intervención terapéutica grupal con niños de ocho a diez años de edad del *Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”*, en la que se aplicó una adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) y luego se analizó si ésta incrementó el uso de tipos de afrontamiento adaptativos y si redujo el uso de tipos de afrontamiento desadaptativos y el nivel de estrés experimentado por los niños.

Primero, se expone la información recabada mediante la evaluación conductual, la cual se realizó después de finalizar el tratamiento utilizando los videos de las sesiones; ésta permitió valorar si los participantes del grupo lograron aprender y aplicar el modelo terapéutico, lo cual fue el primer paso para después poder analizar si la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) impactó en los tipos de afrontamiento utilizados por los niños y en el nivel de estrés experimentado por ellos. Después, se presentan las puntuaciones obtenidas por los niños en los instrumentos *Escala de Estrés para niños (CEN)* [Lucio, Durán & Heredia, 2011] y *Escala Infantil de Afrontamiento (EIA)* [Lucio, Durán & Heredia, 2015] y el análisis de la significancia clínica efectuada a partir de ciertas puntuaciones de dichos instrumentos, el cual ayudó a conocer si el tratamiento tuvo un efecto o no clínicamente significativo en los tipos de afrontamiento utilizados por los niños y en el nivel de estrés experimentado por ellos. Finalmente, se muestra información relevante acerca de cuatro sesiones consideradas como representativas del

trabajo realizado respecto a los cinco elementos de la TSP (Nezu et al., 2014), las cuales ejemplifican, en general, la manera en la que éstos se desarrollaron.

Evaluación conductual

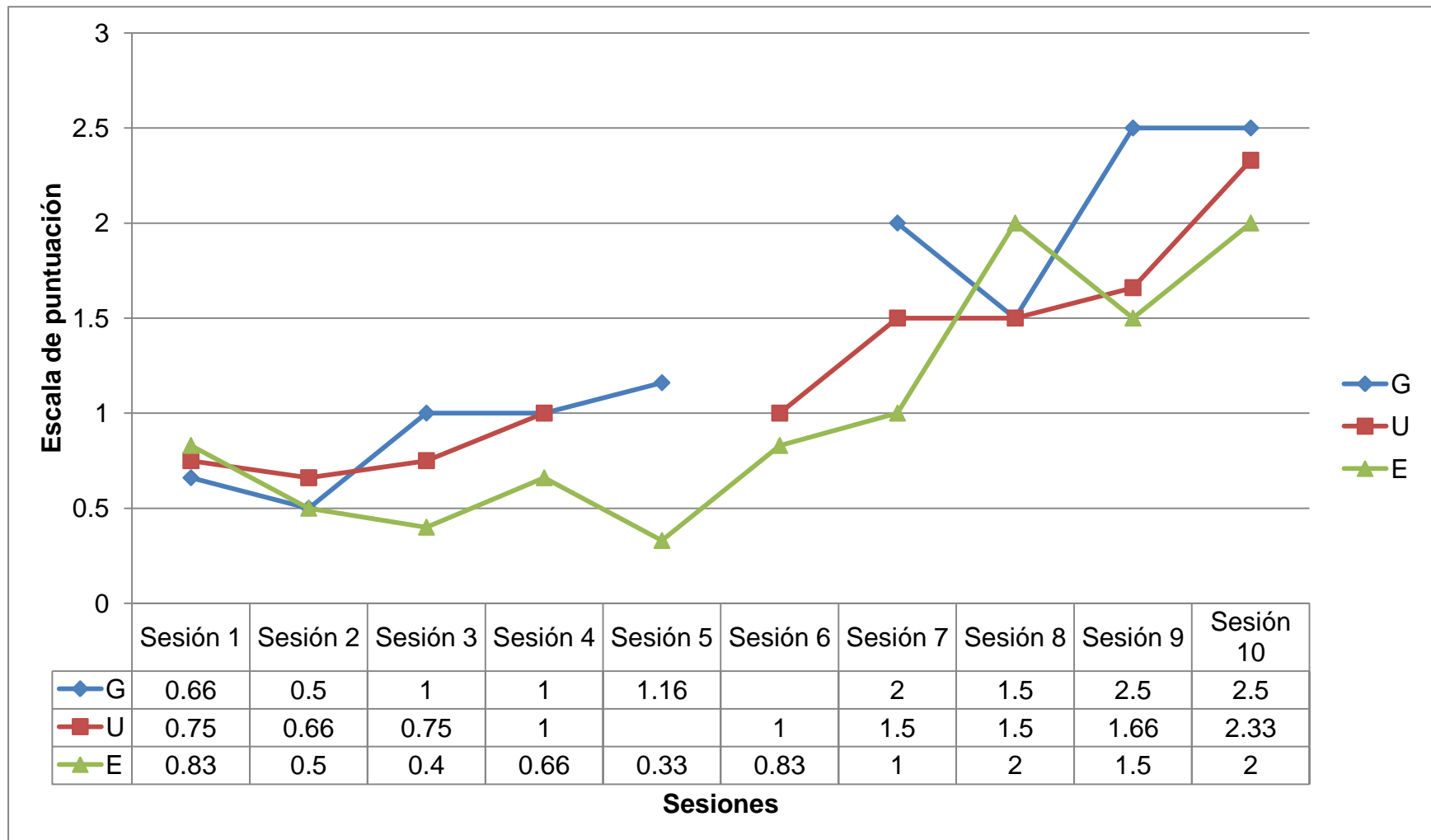
A continuación se presentan las gráficas (figuras 1, 2, 3, 4 y 5) realizadas a partir de los datos obtenidos mediante la evaluación conductual, cuyo objetivo fue medir la efectividad de los participantes del grupo terapéutico para realizar conductas representativas de los cinco elementos de la TSP (Nezu et al., 2014) trabajados a lo largo del tratamiento: Exteriorizar (narraciones o descripciones de los problemas y sus elementos), Detenerse (cese de las acciones ante una experiencia emocional negativa), Enfriarse (uso de técnicas para la regulación emocional), Pensar (proponer soluciones viables adaptativas a los problemas) y Actuar (llevar a cabo las soluciones propuestas). La evaluación conductual se efectuó en función de una escala de calificación numérica, cuyo rango de puntuaciones va de cero a tres (ver Apéndice C para conocer más detalles acerca de la evaluación conductual y la escala de calificación numérica).

La obtención de los datos para efectuar la evaluación conductual se realizó mediante la revisión de los videos de cada una de las sesiones del grupo terapéutico, lo cual fue llevado a cabo por el terapeuta responsable, autor del presente trabajo.

Se hicieron cinco gráficas, una por elemento, en las que se observa la efectividad de cada participante para realizar conductas representativas de los

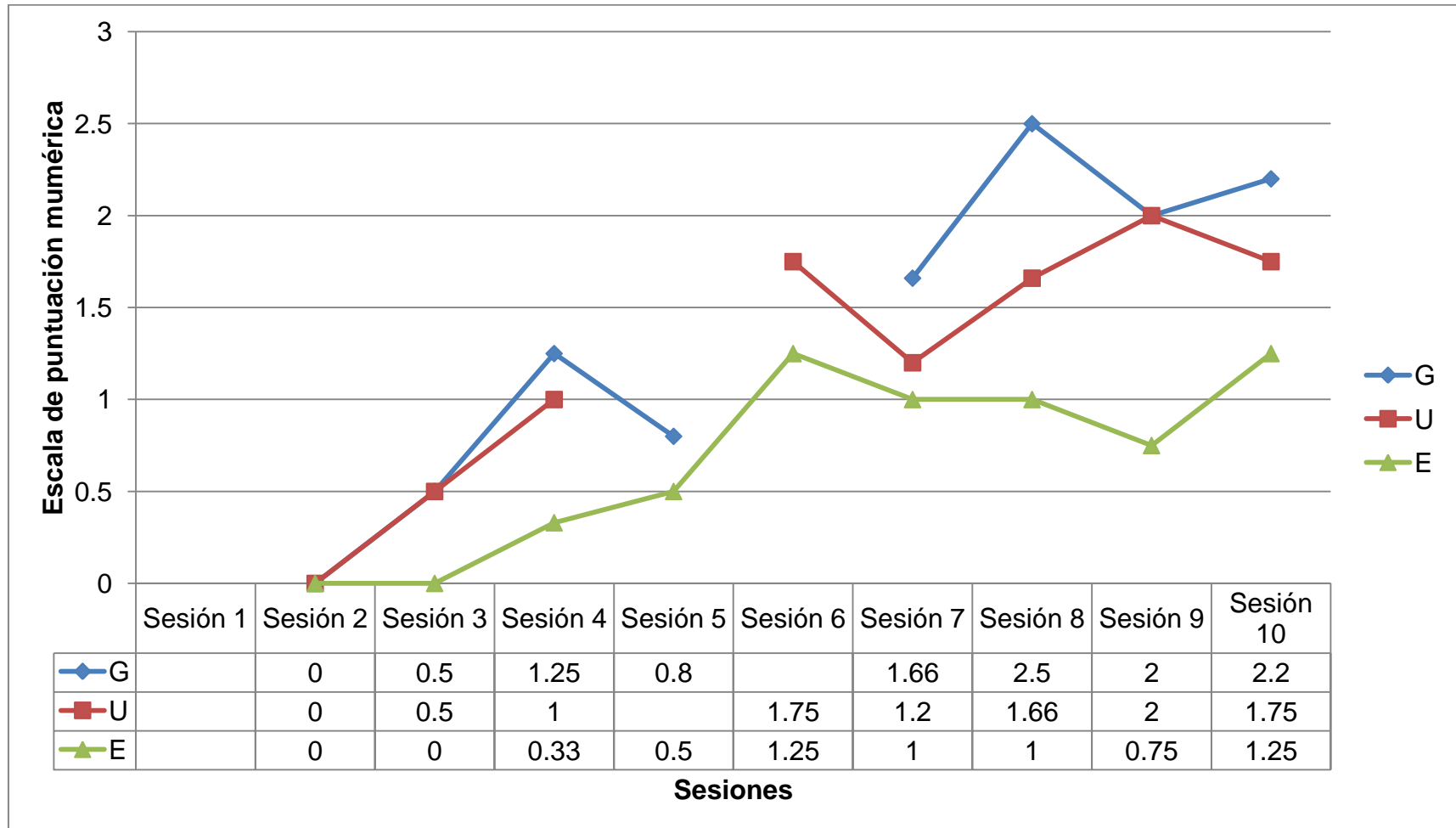
elementos, la cual se expresa como los promedios de las puntuaciones obtenidas (registradas) por los participantes (G, U y E) en cada una de las sesiones. En el eje de las abscisas de las gráficas se ubican las sesiones (de uno a diez) y en el eje de las ordenadas la escala de calificación numérica (de cero a tres). En las ocasiones en las que no se presentaron oportunidades de ejecución de las conductas en alguna sesión, o cuando algún participante no asistió, no hay registro en la gráfica.

Figura 1. Promedios en la efectividad por sesión del elemento Exteriorización



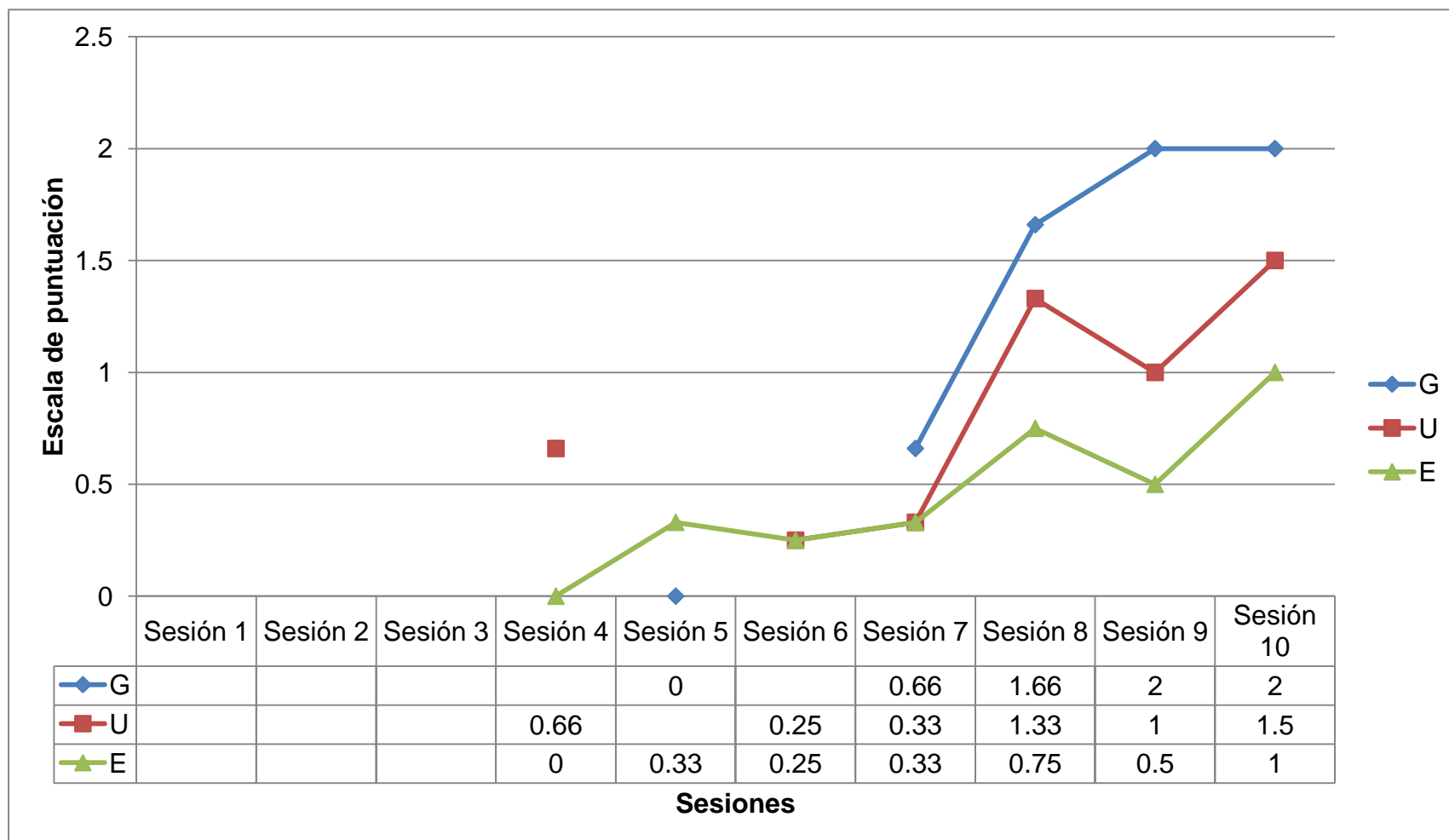
En la Figura 1 se muestra cómo los tres participantes del grupo mostraron una progresión respecto a la efectividad con la que realizaban conductas representativas del elemento Exteriorización, por ejemplo, narraciones o descripciones de los problemas. Las puntuaciones promedio indican, de acuerdo con la evaluación conductual y la escala de calificación numérica, que los participantes, al comienzo del tratamiento, lograban realizar conductas representativas de este elemento sólo después de más de cuatro guías o instigaciones, pero, al finalizar el proceso terapéutico, en la sesión diez, necesitaban de una a dos guías, lo cual ejemplifica la progresión mencionada. De tal manera, los participantes del grupo terapéutico, en la última sesión, eran más efectivos para describir sus problemas y los componentes de éstos, lo cual podía permitir que los problemas fueran analizados con mayor facilidad.

Figura 2. Promedios en la efectividad por sesión del elemento Detenerse



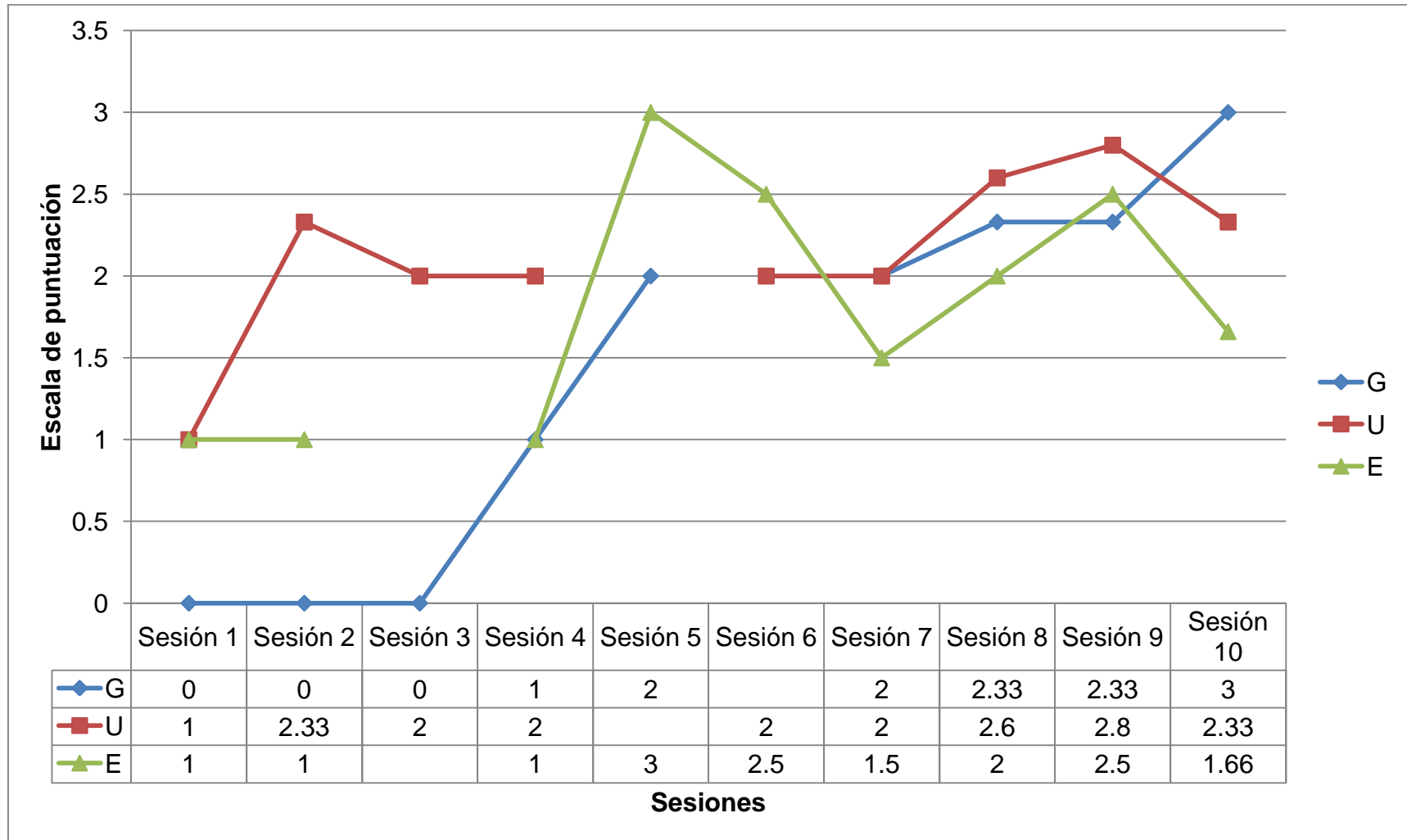
En esta gráfica se observa cómo los participantes del grupo terapéutico tuvieron una progresión respecto a la efectividad con la que realizaban conductas representativas del elemento Detenerse, tal es el caso de frenar sus acciones al experimentar emociones negativas intensas relacionadas con sus problemas (o ante otras situaciones), lo cual ayuda a evitar que se realicen conductas que provoquen consecuencias desadaptativas ante éstos. En los primeros registros para este elemento los participantes obtuvieron promedios de cero o apenas mayores, lo cual indicaba que los niños sólo lograban realizar conductas representativas de este elemento después de cinco o más guías o instigaciones. En las últimas dos sesiones, G obtuvo promedios de dos, indicando que necesitaba de una a dos guías o instigaciones para realizar, efectivamente, conductas de este elemento; U obtuvo promedios alrededor del dos, o sea, requería de dos a tres guías para lograr realizar conductas del elemento; finalmente, E, quien obtuvo promedios cercanos a uno, al final del tratamiento, precisaba de tres a cuatro instigaciones o guías. En general, en el caso de U y E, ambos necesitaban aún de varias guías para poder detener sus conductas ante experiencias emocionales negativas relacionadas con sus problemas; en cambio, G requería de menos apoyo por parte de otros.

Figura 3. Promedios en la efectividad por sesión del elemento Enfriarse



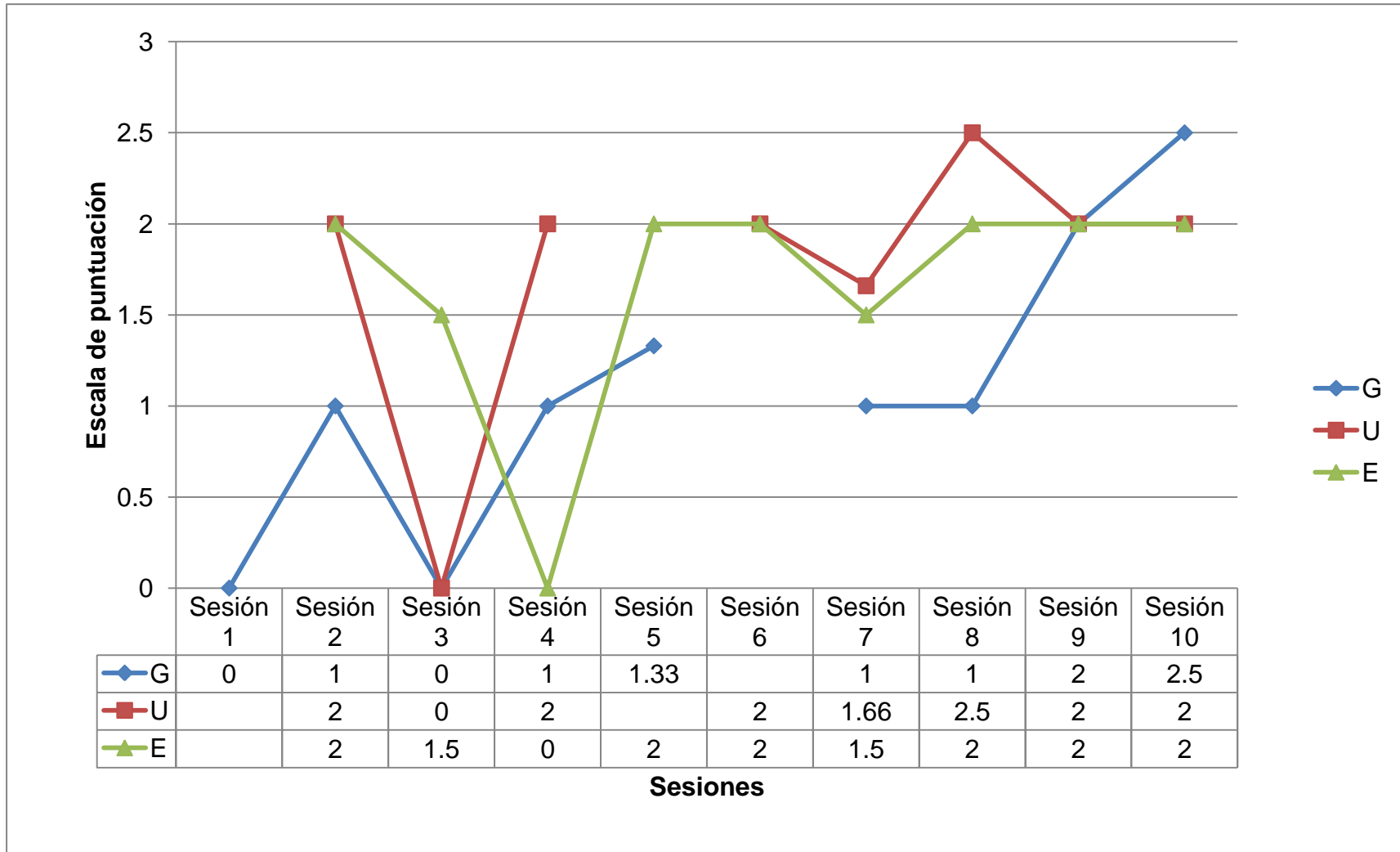
En esta gráfica se observan las puntuaciones promedio de los participantes respecto a la efectividad con la que realizaban conductas representativas del elemento Enfriarse, tal es el caso de usar técnicas, como la respiración diafragmática, para regular las experiencias emocionales negativas. Como se puede apreciar, así como en los elementos anteriores, los participantes del grupo mostraron progresión respecto al elemento; los tres, de la sesión cuatro a la siete, requerían por lo menos tres guías o instigaciones para realizar, de manera efectiva, conductas para enfriarse, o sea, necesitaban apoyo constante por parte de otras personas para poder regular su emociones; de la sesión nueve en adelante, G precisaba de una a dos guías o instigaciones, y U y E de tres a cuatro, aunque U era más efectivo, o sea, requería de menos apoyo que E.

Figura 4. Promedios en la efectividad por sesión del elemento Pensar



En la Figura 4 se observan los promedios de la efectividad para realizar conductas representativas del elemento Pensar, el cual implica referir posibles soluciones adaptativas para los problemas que se enfrentan. Los tres niños, así como en los elementos anteriores, mostraron una progresión respecto al elemento. Este avance fue más notorio en G, pues en las primeras tres sesiones obtuvo promedios de cero y en la sesión diez su promedio fue de 3, indicando que no requería de guías o instigaciones para realizar conductas, de manera efectiva, del elemento; por su parte, U y E mostraron un avance fluctuante; el primero, desde la sesión dos obtuvo el mismo promedio con el que terminó el tratamiento, pero, en las sesiones ocho y nueve consiguió promedios mayores, aunque nunca rebasó promedios de dos, indicando que requería de una a dos guías verbales o instigaciones para realizar conductas del elemento; finalmente, E obtuvo puntuaciones promedio que nunca bajaron de uno y que llegaron hasta el tres, terminando el tratamiento con un promedio de 1.66, señalando que requería de tres a cuatro guías verbales o instigaciones para realizar conductas del elemento.

Figura 5. Promedios en la efectividad por sesión del elemento Actuar



En la Figura 5 se observa cómo los participantes del grupo realizaron conductas representativas del elemento Actuar, las cuales implican realizar las soluciones pensadas para los problemas. En el caso de este elemento, los dos varones no mostraron progresión, pues los primero promedios que obtuvieron, en la sesión dos, fueron de dos puntos, mismos con los que terminaron el tratamiento: sesiones nueve y diez; sólo U obtuvo una puntuación mayor a dos en todo el tratamiento. Respecto a G, ella mostró progresión en el elemento, comenzando con puntuaciones promedio de uno, las cuales se incrementaron hasta el 2.5. A partir de la sesión nueve, los tres niños obtuvieron resultados de dos y mayores, indicando que requerían de una a dos guías o instigaciones para llevar a cabo las soluciones planeadas para sus problemas, o sea, aún requerían ayuda para ello.

Análisis de la significancia clínica

Primero se presentan las puntuaciones obtenidas en el pretest y posttest, por cada niño, en los instrumentos *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011) y *EIA* (Lucio, Durán & Heredia, 2015) y, a continuación, se muestra el análisis de la significancia clínica, el cual se efectuó para la puntuación de Estrés Total y los cuatro tipos de Afrontamiento para cada niño.

Tabla 4.

Puntuaciones pretest y postest del instrumento CEN: caso G

Pretest									
	Falta de aceptación familiar	Agresión verbal y burla	Falta de confianza y respeto	Presión escolar	Exigencia familiar	Regaño y castigo	Conflictos familiares	Miedos	Estrés Total
Puntuación	18	22	8	12	5	7	5	12	89
Percentil	25	50	5	50	10	37	25	50	25
Interpretación	Sin riesgo	Estrés promedio	Sin riesgo	Estrés promedio	Sin riesgo	Estrés promedio	Sin riesgo	Estrés promedio	Sin riesgo
Postest									
	Falta de aceptación familiar	Agresión verbal y burla	Falta de confianza y respeto	Presión escolar	Exigencia familiar	Regaño y castigo	Conflictos familiares	Miedos	Estrés Total
Puntuación	25	22	16	16	5	11	6	15	116
Percentil	50	50	50	75	10	86	25	86	63
Interpretación	Estrés	Estrés	Estrés	Riesgo	Sin riesgo	Riesgo	Sin riesgo	Riesgo	Estrés

promedio promedio promedio

promedio

Tabla 5.

Puntuaciones pretest y postest del instrumento EIA: caso G

Pretest				
	Afrontamiento Disfuncional	Afrontamiento Funcional	Afrontamiento Emocional	Afrontamiento Evitativo
Puntuación	23	52	21	12
Interpretación	Baja	Media alta	Media alta	Media baja
Postest				
	Afrontamiento Disfuncional	Afrontamiento Funcional	Afrontamiento Emocional	Afrontamiento Evitativo
Puntuación	21	57	20	9
Interpretación	Baja	Alta	Media baja	Baja

En la Tabla 4 se muestran las puntuaciones obtenidas por G en las dos aplicaciones del instrumento CEN; como se puede observar, en ambas aplicaciones la mayoría de los factores fueron interpretados como Sin riesgo o Estrés

promedio, incluyendo al Estrés total (la primera interpretación en el pretest y la segunda en el postest), lo cual indica que la percepción del estrés experimentado por G se mantenía en un rango medio de acuerdo con el instrumento.

En la Tabla 5 se observan las puntuaciones obtenidas por G en las dos aplicaciones del instrumento EIA; como se aprecia, la menor no obtuvo puntuaciones interpretadas como altas en ninguno de los tipos de afrontamiento desadaptativos, destacando que la interpretación para el Afrontamiento Disfuncional, en ambas aplicaciones, fue considerada como baja, lo que sugiere que la menor hace poco uso de estrategias de este tipo de afrontamiento para lidiar con estresores; en cambio, la puntuación del Afrontamiento Funcional fue interpretada como Media alta en el pretest y como Alta en el postest, indicando que la menor, en ese momento, enfrentaba, con mayor frecuencia que antes, a los estresores de manera adaptativa.

Tabla 6.

Puntuaciones pretest y postest del instrumento CEN: caso U

Pretest									
	Falta de aceptación familiar	Agresión verbal y burla	Falta de confianza y respeto	Presión escolar	Exigencia familiar	Regaño y castigo	Conflictos familiares	Miedos	Estrés Total
Puntuación	26	13	15	7	6	8	11	16	102
Percentil	50	25	37	5	25	50	86	90	37
Interpretación	Estrés promedio	Sin riesgo	Estrés promedio	Sin riesgo	Sin riesgo	Estrés promedio	Riesgo	Estrés significativo	Estrés promedio
Postest									
	Falta de aceptación familiar	Agresión verbal y burla	Falta de confianza y respeto	Presión escolar	Exigencia familiar	Regaño y castigo	Conflictos familiares	Miedos	Estrés Total
Puntuación	25	22	16	16	5	11	6	15	116
Percentil	50	50	50	75	10	86	25	86	63
Interpretación	Estrés	Estrés	Estrés	Riesgo	Sin riesgo	Riesgo	Sin riesgo	Riesgo	Estrés

promedio promedio promedio

promedio

Tabla 7.

Puntuaciones pretest y postest del instrumento EIA: caso U

Pretest				
	Afrontamiento Disfuncional	Afrontamiento Funcional	Afrontamiento Emocional	Afrontamiento Evitativo
Puntuación	20	45	13	17
Interpretación	Baja	Media alta	Baja	Alta
Postest				
	Afrontamiento Disfuncional	Afrontamiento Funcional	Afrontamiento Emocional	Afrontamiento Evitativo
Puntuación	46	45	21	18
Interpretación	Media alta	Media alta	Media alta	Alta

En la Tabla 6 se muestran las puntuaciones obtenidas por U en el pretest y postest del CEN; como se puede observar, el menor obtuvo, en su mayoría, puntuaciones interpretadas como Estrés promedio y Sin riesgo, destacando a la puntuación del Estrés total en la primera interpretación, la cual sugiere que la percepción del estrés experimentado por U se mantenía en un rango medio de acuerdo con el instrumento.

Por otra parte, en la Tabla 7 se presentan las puntuaciones obtenidas por U en el pretest y postest del EIA. Se aprecia que las puntuaciones de dos tipos de afrontamiento variaron de manera considerable entre la primera y segunda aplicación: Afrontamiento Disfuncional y Afrontamiento Evitativo, ambas interpretadas como bajas en el pretest y como medias altas en el postest; tal incremento señala que es posible que el menor, en el momento de la aplicación del postest, utilizara, con mayor frecuencia que antes, estrategias de afrontamiento desadaptativas para afrontar estresores; no obstante, el Afrontamiento Funcional fue interpretado de igual manera en ambas evaluaciones, lo cual señala que ocupaba estrategias de este tipo de afrontamiento tanto como las otras dos.

Tabla 8.

Puntuaciones pretest y postest del instrumento CEN: caso E

Pretest									
	Falta de aceptación familiar	Agresión verbal y burla	Falta de confianza y respeto	Presión escolar	Exigencia familiar	Regaño y castigo	Conflictos familiares	Miedos	Estrés Total
Puntuación	29	22	13	12	9	13	8	16	122
Percentil	64	50	25	50	50	95	50	90	63
Interpretación	Riesgo	Estrés promedio	Sin riesgo	Estrés promedio	Estrés promedio	Estrés significativo	Estrés promedio	Estrés significativo	Estrés promedio
Postest									
	Falta de aceptación familiar	Agresión verbal y burla	Falta de confianza y respeto	Presión escolar	Exigencia familiar	Regaño y castigo	Conflictos familiares	Miedos	Estrés Total
Puntuación	37	22	20	17	12	16	3	16	143
Percentil	95	50	75	86	75	99	10	90	90
Interpretación	Estrés	Estrés	Riesgo	Riesgo	Riesgo	Estrés	Sin riesgo	Estrés	Estrés

significativo promedio

significativo

significativo

significativo

Tabla 9.

Puntuaciones pretest y postest del instrumento EIA: caso E

Pretest				
	Afrontamiento Disfuncional	Afrontamiento Funcional	Afrontamiento Emocional	Afrontamiento Evitativo
Puntuación	42	47	19	16
Interpretación	Media alta	Media alta	Media baja	Media alta
Postest				
	Afrontamiento Disfuncional	Afrontamiento Funcional	Afrontamiento Emocional	Afrontamiento Evitativo
Puntuación	61	42	18	14
Interpretación	Alta	Media alta	Media baja	Media alta

En la Tabla 8 se observan las puntuaciones obtenidas por E en ambas aplicaciones del CEN. Como se puede notar, el menor obtuvo, en su mayoría, puntuaciones interpretadas como Estrés promedio y Estrés significativo. La mayoría de las puntuaciones del menor variaron de una a otra evaluación, destacando al Estrés total, cuya puntuación fue interpretada en el pretest como Estrés promedio, para luego, en el posttest, ser considerada como Estrés significativo, lo cual es coherente con las puntuaciones obtenidas en esta aplicación, ya que la mayoría fueron consideradas como Estrés significativo o Riesgo; así pues, se puede decir que la percepción de estrés experimentada por E se encontraba en un nivel clínicamente significativo de acuerdo con el instrumento.

Por otra parte, en la Tabla 9 se muestran las puntuaciones obtenidas por E en las dos aplicaciones del EIA. Como se observa, las puntuaciones de tres de los tipos de afrontamiento fueron interpretadas de la misma manera en ambas aplicaciones, por el contrario, en el caso del Afrontamiento Disfuncional, la puntuación de éste se incrementó del pretest al posttest de tal manera que su interpretación cambió de Media alta a Alta, siendo el único tipo de afrontamiento que obtuvo dicha consideración; esto sugiere que E solía, al momento del posttest, afrontar estresores de manera desadaptativa más que con estrategias de otro tipo de afrontamiento.

A continuación se presenta el análisis de la significancia clínica, el cual determina la medida en la que los procesos terapéuticos permiten alcanzar resultados valiosos y significativos para pacientes y terapeutas. Este análisis se realizó empleando el procedimiento descrito por Jacobson y Truax (Gómez & Roussos, 2012; Jacobson & Truax, 1991) [ver Apéndice D].

En las tablas 10, 11 y 12 se presentan, para cada paciente, los datos obtenidos luego de realizar el análisis de la significancia clínica. Como se podrá observar en éstas, el valor de referencia se establece en función de lo esperado positivamente para cada factor: en el caso del Estrés total y los afrontamientos Disfuncional, Emocional y Evitativo, para que un cambio clínicamente significativo (aquellas puntuaciones del postest que superan el punto de corte establecido) sea considerado estadísticamente confiable de manera positiva, las puntuaciones del Índice de Confiabilidad de Cambio (ICC) deben ser inferiores o iguales a -1.96 , por el contrario, si éstas son mayores o iguales a 1.96 se considera que el cambio clínico es estadísticamente confiable de manera negativa; por otra parte, respecto al Afrontamiento Funcional, las puntuaciones deben ser superiores o iguales a 1.96 para considerarse una mejoría estadísticamente confiable, por el contrario, una puntuación igual o menor a -1.96 se considera como un deterioro estadísticamente confiable (Gómez & Roussos, 2012; Jacobson & Truax, 1991).

Previo a continuar, cabe mencionar, respecto al EIA que, debido a que se desconocen las interpretaciones de las puntuaciones del instrumento, éstas se determinaron al obtener los cuartiles por cada factor, asignando cuatro etiquetas: baja, media baja, media alta y alta.

Tabla 10.

Análisis de la significancia clínica del caso G

Factores	Puntuación pretest	Puntuación posttest	Punto de corte	ICC	Valor de referencia	Interpretación
Estrés total	89	116	107.74	3.82	-1.96	Deterioro confiable
Afrontamiento Disfuncional	23	21	4.47	-0.329	-1.96	No hubo cambio
Afrontamiento Funcional	52	57	55.21	2.537	1.96	Mejora
Afrontamiento Emocional	21	20	9.34	-1.337	-1.96	No hubo cambio
Afrontamiento Evitativo	12	9	9.7	-1.227	-1.96	No hubo cambio

Nota: la media de la población funcional del CEN es de 112.50 y la media del grupo terapéutico de este instrumento en el pretest fue de 104.333.

Como se observa en la Tabla 10, salvo la puntuación del posttest del Afrontamiento Evitativo, el resto superaron el punto de corte establecido para cada factor, lo cual representa un cambio clínico significativo, no obstante, solamente en el caso del Estrés total y del Afrontamiento funcional los cambios son estadísticamente confiables (ambos superan a 1.96), o sea, no se deben al azar.

Tabla 11.

Análisis de la significancia clínica del caso U

Factores	Presentación pretest	Puntuación posttest	Punto de corte	ICC	Valor de referencia	Interpretación
Estrés total	102	116	107.74	1.98	-1.96	Deterioro confiable
Afrontamiento Disfuncional	20	46	4.47	4.276	-1.96	Deterioro confiable
Afrontamiento Funcional	45	45	55.21	0	1.96	No hubo cambio
Afrontamiento Emocional	13	21	9.34	10.688	-1.96	Deterioro confiable
Afrontamiento Evitativo	17	18	9.7	0.409	-1.96	No hubo cambio

Nota: la media de la población funcional del CEN es de 112.50 y la media del grupo terapéutico de este instrumento en el pretest fue de 104.333.

En la Tabla 11 se observa que todas las puntuaciones de los postests de los cuatro factores superaron el punto de corte establecido, sin embargo, sólo en el caso del Estrés total, Afrontamiento Disfuncional y Afrontamiento Emocional se identifica que los cambios clínicamente significativos son estadísticamente confiables (todos superan al 1.96).

Tabla 12.

Análisis de la significancia clínica del caso E

Factores	Presentación pretest	Puntuación postest	Punto de corte	ICC	Valor de referencia	Interpretación
Estrés total	122	143	107.74	2.97	-1.96	Deterioro confiable
Afrontamiento Disfuncional	42	61	4.47	3.125	-1.96	Deterioro confiable
Afrontamiento Funcional	47	42	55.21	-2.532	1.96	Deterioro confiable
Afrontamiento Emocional	19	18	9.34	-1.337	-1.96	No hubo cambio
Afrontamiento Evitativo	16	14	9.7	-0.818	-1.96	No hubo cambio

Nota: la media de la población funcional del CEN es de 112.50 y la media del grupo terapéutico de este instrumento en el pretest fue de 104.333.

Como se observa en la Tabla 12, las puntuaciones del postest de los cuatro factores superan los puntos de corte establecidos, denotando que se presentaron cambios clínicamente confiables, aunque sólo para los tres primeros: Estrés total, Afrontamiento Disfuncional y Afrontamiento Funcional, tales cambios se consideran estadísticamente confiables (los dos primeros superan al 1.96 y el tercero rebasa al -1.96).

Como se pudo apreciar, el análisis de la significancia clínica muestra que, en su mayoría, no hubieron cambios o se presentaron deterioros confiables, lo cual se puede apreciar con mayor énfasis en E y U. Lo anterior sugiere que el posible impacto del tratamiento sobre el estrés experimentado por los niños y las estrategias de afrontamiento que utilizan es primordialmente negativo.

Ejemplos del trabajo con los cinco elementos de la TSP (Nezu et al., 2014)

Con la finalidad de apoyar los análisis previamente expuestos en este capítulo, a continuación se presentan ejemplos representativos, extraídos de cuatro sesiones, del trabajo terapéutico grupal realizado respecto a los cinco elementos de la TSP (Nezu et al., 2014), los cuales fueron el eje de la propuesta de adaptación aplicada. A partir de la información expuesta se puede conocer la manera en la que se instrumentó la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) y cómo reaccionaron los niños ante ésta.

Los ejemplos que se muestran del trabajo realizado se obtuvieron mediante la observación de los videos de las sesiones. Para conocer información pertinente a éstas: fecha, objetivos y actividades realizadas, se recomienda al lector ver el Apéndice E, en particular las tablas 2, 4, 8 y 10.

Como se podrá observar en las tablas 14, 15, 16 y 17, cada uno de los elementos de la TSP (Nezu et al., 2014) se enfatizó en determinadas sesiones, aunque en todas se trabajaron varios de éstos.

La información expuesta se divide de tal manera que se pueda conocer la manera en la que se trabajó con cada uno de los integrantes del grupo terapéutico. Debido a lo anterior, se advierte al lector que la información que leerá en las tablas no se encuentra cronológicamente seriada.

Previo a presentar los registros, en la Tabla 13 se muestran las técnicas más destacadas que se emplearon para trabajar cada uno de los elementos de la TSP (Nezu et al., 2014).

Tabla 13.

Técnicas destacadas utilizadas para cada elementos de la TSP (Nezu et al., 2014)

Elemento	Técnicas utilizadas
Exteriorización	<p>Expresión artística (dibujos y esculturas) y explicación verbal de las creaciones (para representar los problemas), automonitoreo (acción, pensamiento y conductas), presentado en forma de siluetas de niños y niñas (adaptado de Bunge & Carrea, 2010; Mandil, 2010); cuestionamientos acerca de la información que brindaban (Bunge & Carrea, 2010; Gilman & Chard, 2015; Stewart et al., 2007); “pregunta del milagro” (tener un referente de la meta a la que quiere llegar el paciente respecto a la solución del problema y conocer más aspectos de éste) [Nims, 2012]; “Mi mundo”; “¡Observa, cuidado, tormenta! y “Dibuja una flor” (adaptado de Friedberg et al., 2014).</p> <p>Las técnicas utilizadas para este elemento aportan información que apoya al elemento Detenerse.</p>
Detenerse	<p>Cuestionamientos acerca de la información que brindaban (para conocer acerca los momentos en los que uno se debe detener) [Bunge & Carrea, 2010; Gilman & Chard, 2015; Stewart et al., 2007],</p>

psicoeducación respecto a emociones, acompañada del uso de una silueta personal, en la que se identifican cinco emociones (miedo, amor, alegría, tristeza y enojo) y la manera en la que las experimentan (adaptado de Friedberg & McClure, 2014; Friedberg et al., 2014).

Para el elemento Detenerse también se aprovechó el trabajo realizado con el elemento Exteriorización.

Enfriarse	Técnica de respiración diafragmática: “soy un globo” (adaptada de Gomar, Bunge, Mandil, 2014; Reddy, 2012) y técnica de relajación muscular progresiva: “espagueti duro y espagueti blando” (adaptado de Friedberg et al., 2014).
Pensar	Cuestionamientos para generar propuestas y analizarlas (adaptado de Bunge & Carrea, 2010; Gilman & Chard, 2015; Stewart et al., 2007), dibujos y escritos acerca de las propuestas. Registros de éstas.
Actuar	Modelado (en formato role-playing) y representaciones de situaciones utilizando muñecos o títeres para ello (adaptado de Crawley et al., 2010; Gilman & Chard, 2015).

Tabla 14.

Sesión dos. Elemento enfatizado: Exteriorización

Exteriorización:

Se pide a los niños que expliquen sus problemas y los ejemplifiquen con diferentes sucesos. Se realizan cuestionamientos para facilitarle a los menores brindar información que permita conocer los componentes de sus problemas.

Participante:

Ejemplos del trabajo realizado:

G Problema: –Que hay veces que me siento nerviosa por no poder hacer la tarea y entonces ya no la hago y me siento mal y a veces por eso mi mamá se enoja conmigo- (Sic. G).

Ejemplo de problema y cuestionamientos: tarea de geografía que no sabía cómo realizar. Se le pregunta cómo se sintió al respecto: –Me sentí nerviosa y muy mal- (Sic. G). Se pide que explique por qué no podía realizar la tarea, G menciona que era una tarea difícil y no tenía material para hacerla pues comenzó a trabajar en ésta en la noche y por ello no podía ir a comprarlo. Se ahonda al respecto.

G concluye como posible solución que debería avisar con anticipación que requiere material para hacer

su tarea e intentar realizarla aunque sea difícil (esto se relaciona con los elementos Pensar y Actuar).

E Problema: –Que es que mi problema es que luego me enoja y pego a los demás- (Sic. E).

Ejemplo de problema y cuestionamientos: E platica que su primo (mayor a que E) le pegó en el pecho en la mañana. E no le pegó a su primo, sólo pidió que ya no actuara de esa manera. Se le pregunta por qué cree que su primo le haya pegado: menciona que a veces su primo se enoja con él y le pega. Se cuestiona por qué cree que se enoje: refiere que a veces su primo se molesta porque E no quiere jugar a algo o porque no le presta sus cosas. Se pide a E que comente lo que hace cuando su primo le pega: dice que acusarlo y a veces también pegarle. Se cuestiona acerca de si le ha pegado a su primo sin que él le pegue primero: E dice que a veces él se enoja y le pega a su primo.

U Problema: –Que les pego y no debería pegarles, mejor los acuso o me voy y ya no juego con ellos- (Sic. U). El menor se refiere a su hermano y primo.

Ejemplo de problema y cuestionamientos: refiere que al estar jugando con su primo a golpear una pelota, se pelearon pues no respetaban las reglas del juego; ambos se golpearon. Se le pregunta acerca del problema ocurrido: –Pues... Yo creo que mi problema es que luego nos llevamos pesado y entonces él me pega y yo le pego... Y cuando está mi hermano, los dos me pegan y yo no les hago nada primero, pero luego ya me enoja y les pego...- (Sic. U). Se le menciona que parece que a veces, al enojarse, no logra controlarse y pega. U platica que su primo y hermano le siguen pegando hasta que él les pega, aunque por ello lo regañan. Se le señala que pareciera como si no hubiera otra opción para detenerlos cuando le pegan. U menciona que sí hay otra forma, pues podría acusarlos o irse corriendo y así no lo regañarían. Se refiere que son opciones posibles para que su problema no se presente (esto se relaciona con los elementos Pensar y Actuar).

Tabla 15.

Sesión cuatro. Elemento enfatizado: Detenerse

Detenerse:

Se explica que para detenerse se debe conocer cómo se reacciona ante los problemas: emociones, conductas y sensaciones corporales desagradables. Una vez que tales reacciones comienzan a experimentarse, se deben decir “detente” y frenar las acciones que se estén realizando, las cuales son parte del problema, y así evitar que las reacciones se incrementen y dominen al cuerpo.

Participante:

Ejemplos del trabajo realizado:

G

Reacciones ante el problema: –Me siento nerviosa, me dan calambres y me trueno los dedos- (Sic. G).
Respecto a los calambres, explica que se tensan sus músculos y siente cosquilleo. Se le pregunta cómo se siente cuando esto pasa, dice que triste.

Ensayos, cuestionamientos y guías: se le pide a G que ejemplifique las reacciones antes mencionadas, ella lo hace: simula tronarse los dedos, hace vibrar sus brazos y piernas (como calambres) y realiza un gesto de preocupación-tristeza. Al preguntarle cuándo cree que debe detenerse ante su problema, refiere

no saber. Se menciona que debe detener sus acciones cuando, al estar haciendo una tarea que considere difícil, note las reacciones mencionadas, previo a que éstas sean tan fuertes que ya no le permitan hacer su labor escolar. Al preguntarle cuándo tiene que decirse detente, ella comenta que debe hacerlo cuando sienta calambres por los nervios y que luego puede ir a hablar con alguien o algo acerca de los nervios que siente al hacer la tarea (opciones para enfriarse comentadas en sesiones anteriores).

Se dice que estas acciones podrían ayudar a enfriar las reacciones negativas ante su problema.

E

Reacciones ante el problema: se siente enojado, furioso, sus brazos y piernas se tensan, empuña las manos y le dan ganas de pegar (referido en sesiones previas).

Ensayos, cuestionamientos y guías: al preguntarle cuándo debe detenerse, menciona que debe hacerlo antes de pegarle a su primo o empujar a sus compañeros; se le pregunta cómo se da cuenta de que lo anterior puede ocurrir, refiere no saber. Se le recuerda que debe detener sus acciones al sentir una emoción desagradable intensa: enojo que le tensa los brazos y piernas, pone manos en puño y le provoca ganas de pegar. Se le pide que represente tales reacciones ante su problema. Se le pregunta cuándo

debe detener sus acciones, E menciona—Antes de que me peguen, debo decirles ¡Detente!, para que no me peguen- (Sic. E). Se le recuerda que debe decirse detente a sí mismo para controlar sus acciones, no a los demás. E refiere —Que debo detenerme antes de pegarle a mis compañeros, cuando me hacen enojar y entonces ya no les pegue- (Sic. E). Se enfatiza el momento para detener sus acciones: al comenzar a sentir un fuerte enojo y sus brazos tensándose, previo a pegar (asiente).

U

Reacciones ante el problema: empuña las manos y las tensa, listas para pegar y siente un gran enojo (mencionado, ejemplificado y demostrado en sesiones anteriores).

Ensayos, cuestionamientos y guías: al preguntarle cuándo debe detener sus acciones, dice —Cuando me peguen y yo me enoje, antes de pegarles- (Sic U). Se le refiere que se detiene cuando se enoja y se tensa sus puños como preparados para pegar, antes de hacerlo. Se pide que demuestre cómo ocurren las reacciones referidas (hace puños y pone cara de enojo). Luego se ejemplifica (role-playing), a manera de ensayo, un evento relacionado con su problema, en el cual se demuestra el momento en el que debe detener sus acciones. Al terminar el ensayo se le pregunta cuándo debe detener sus acciones ante su

problema, U refiere que tiene que hacerlo cuando siente enojo y los puños apretados, antes de pegar.

Tabla 16.

Sesión ocho. Elemento enfatizado: Enfriarse

Enfriarse :

Se explica que enfriarse ayuda a reducir la intensidad de las emociones negativas y las sensaciones corporales que se experimentan ante los problemas. Se enseñan dos juegos: espagueti duro-blando” (tipo de relajación muscular sistemática) y “soy un globo” (tipo de respiración diafragmática). Se ensayan los juegos hasta que los niños son capaces de realizarlos recibiendo sólo algunas guías por parte de terapeutas y pares.

Participante:

Ejemplos del trabajo realizado:

G Ejemplo de problema: se siente preocupada porque su profesora no le dijo la tarea que debía realizar y le preocupa que su mamá la vaya a regañar por no hacer la tarea.

Relación del problema con Enfriarse: refiere sentir miedo debido a que su mamá se pudiera enojar y regañarla por no hacer la tarea. Luego de cuestionarla, comenta que experimenta el miedo en su cabeza.

Se pregunta qué podría hacer cuando se sienta de esa manera, ella comenta que detenerse y luego enfriarse. Al preguntarle por qué se detendría al sentir preocupación o miedo, dice –Porque cuando me siento muy nerviosa o estresada no puedo hacer la tarea- (Sic. G). Se pregunta cómo puede enfriarse, menciona los dos juegos trabajados en la sesión; luego los demuestra. Al terminar de realizarlos, menciona que se sintió relajada.

Se le pregunta si cree que pudiera ser más fácil resolver tareas y problemas sintiéndose relajada, en lugar de nerviosa, estresada, preocupada o con miedo, G menciona que sí, pues cuando se siente relajada sí termina sus tareas y exámenes.

E Ejemplo de problema: no expresó un problema en la sesión. Se realizó un ejercicio: dibujar una neurona, lo cual no sabe hacer; tal actividad lo hace sentir –Nervioso- (Sic. E).

Relación del problema con Enfriarse: se aplica el método DEPA a la situación. E dice –Puedo decirme

¡detente!- (Sic. E), deja su lápiz y se queda parado, luego pregunta -¿Y ahora qué?- (Sic. E), se le dice que recuerde los pasos del DEPA. G y U le dicen “detente, enfríate, piensa y actúa”. E menciona que va a enfriarse, pero comenta no recordar bien cómo. U y G le ayudan a recordar los juegos: “pasta dura-blanda y soy un globo”. E los realiza, al terminar se le pregunta cómo se siente, explica –Más tranquilo- (Sic. E).

Se pregunta qué paso sigue del DEPA, los tres expresan “pensar”. Se le cuestiona acerca de lo que puede hacer, menciona: dibujar, luego se corrige y dice que no puede pues no sabe cómo. Se pregunta qué otra cosa puede hacer. U y E comentan “preguntar”, entonces E preguntan a los terapeutas cómo hacer la neurona. Se le enseña cómo y luego él hace su dibujo. Se concluye que el DEPA ayudó a resolver el problema que tenía E.

U

Ejemplo de problema: narra un conflicto que tuvo con su hermano y primo, quienes patearon a U, sin razón aparente, mientras él hacía su tarea. U, luego de pedirle que se detuvieran, al no hacerlo, les pegó con la mano. Regañaron a los tres.

Relación del problema con Enfriarse: se analiza el problema en función del DEPA. U explica que al sentir

enojo debió –Bajarle- (Sic. U). Se le recuerda, en grupo, los pasos del modelo. U corrige y menciona que debió detenerse al sentir enojo; luego de preguntar cómo notó esa emoción, refiere –Se me pusieron las manos rojas y en puño- (Sic. U), agrega que debió decirse –Detente- (Sic. U) y luego bajarle a la emoción.

Después de practicar los juegos se le pregunta a U si pudo haberlos aplicado ante el problema expuesto y en qué momento, refiere –Sí pude ocuparlo, cuando me pegaron y me enojé en vez de pegarles pude haberme detenido y luego jugar a soy un globo y a espagueti duro y espagueti blando- (Sic. U). Se repasan maneras para enfriar la reacción emocional: E comenta que U pudo irse cuando su hermano le pegó, los terapeutas mencionan que se puede platicar con alguien con quien no se tenga el problema y, en conjunto, los niños refieren a los nuevos juegos como estrategias para “bajarle” a las emociones.

U, así como G y E (los dos lo habían referido en sesiones previas para sí mismos), reconoce que si hubiera estado más tranquilo, habría podido detenerse: no pegar, enfriarse y pensar en opciones de solución para el problema.

Tabla 17.

Sesión diez. Elementos enfatizados: Pensar y Actuar

Pensar y Actuar :

Se ocupa el manual para resolver problemas: contiene todo el material del modelo terapéutico expuesto durante el tratamiento (en caso de querer conocer el material, contactar al autor del presente trabajo). Se aplica la Exteriorización y el método DEPA a un problema expresado por U y otro ficticio: una niña llamada Pati (interpretada por la terapeuta con una muñeca) quien pelea con su papá pues no quiere hacer la tarea debido a que prefiere ver un programa de televisión.

Participante:

Ejemplos del trabajo realizado:

G Problema ficticio: refiere –El problema de Pati es que ella no hace su tarea porque quiere ver su programa favorito y esto hace enojar a su papá porque él le dijo que ya hiciera la tarea- (Sic. G).

Ensayos, cuestionamientos y guías: identifica que Pati debe detenerse en el momento en que comienza a enojarse, antes de gritarle a su papá. Después guía al personaje, sin apoyo, para que realice los juegos: espagueti duro y espagueti blando y soy un globo. Propone soluciones adaptativas para el problema de Pati: negociar con su papá acerca del momento, u horario, para hacer la tarea, o que apague

la tele y la realice. Al hacerle saber que esto molesta a Pati, G menciona que puede decirse detente y jugar a soy un globo para sentirse relajada y ya luego ponerse a hacer la tarea, pues al estar más tranquila es más fácil realizarla. Finalmente, G elige una opción de solución y guía a Pati para que platique con su papá acerca de la posibilidad de hacer la tarea en otro momento. El papá no acepta y pide que su hija termine la tarea. G guía a Pati, con ayuda de E y U, a jugar soy un globo para que se “relaje” y pueda hacer su tarea.

E Problema ficticio: –El problema de Pati es de que ella quiere ver su caricatura, pero no debe porque tiene que hacer su tarea y su papá ya le dijo- (Sic. E).

Ensayos, cuestionamientos y guías: menciona como posible solución (desadaptativa) al problema – Pati podría decirle a su papá que sí va a hacer la tarea, pero no hacerla y ponerse a ver la tele y sólo cuando entre su papá hacer como que sí la está haciendo- (Sic. E), G le dice que eso no está bien, pues es engañar y si su papá se da cuenta la va a regañar. E propone -Mejor que le diga a su papá que ve la tele y luego hace la tarea- (Sic. E). Guía al personaje en esta acción paso a paso. Al notar que no se tiene

un resultado positivo, luego de que G propusiera que mejor Pati le hiciera caso a su papá y realizara la tarea en vez de ver la televisión, él se muestra de acuerdo.

U Problema: su hermano le pegó varias veces sin que U le hiciera nada; luego, al estar sentado en un sillón, su hermano lo jaló del pie, tirándolo; al caer, se pegó en la espalda, se enojó y le pegó a su hermano.

Cuestionamientos, guías y soluciones: se le pregunta cuál fue el problema: –Que mi hermano me molesta y yo me enojo y no logro detenerme, ni acusarlo y le pego- (Sic. U). Se analiza el problema con ayuda del manual. Se le pregunta qué pudo hacer, menciona que pudo ocupar el DEPA: decirse – Detente- (Sic. U) cuando se sintió muy enojado, antes de pegarle a su hermano, y luego jugar a “pasta dura y blanda” para tranquilizarse. E agrega que pudo acusar a su hermano con su mamá o con su abuelita. Al preguntarle si era posible decirle a alguien lo que pasaba, U comenta que sí, porque ahí estaba su abuelita. Refiere que al ver lo ocurrido, ella los regañó a los dos. Se le pregunta si cree que lo hubieran regañado de no haber pegado y acusado a su hermano, U responde –No me hubieran regañado- (Sic. U). El menor identifica que alejarse de su hermano o pedirle que no le pegue a veces no

es suficiente para que le deje de pegar, por lo cual, avisarle a su abuelita o mamá (algún adulto presente), es una mejor solución porque su hermano sí les hace caso a ellas. U menciona que pudo avisarle a su abuelita en una de las ocasiones en las que se alejó corriendo de su hermano. Concluye que esta es una estrategia que debe realizar.

Como se puede notar en este apartado, cada niño demostró, dentro del consultorio, ser capaz de aprender y aplicar los cinco elementos trabajados de la adaptación TSP (Nezu et al., 2014). Respecto al trabajo realizado, se destaca que el formato grupal utilizado se aprecia como benéfico, pues favoreció al aprendizaje de los elementos, ya que los niños se apoyaban entre sí para recordarlos, expresar información acerca de sus problemas, aportar ideas de solución y practicarlas, entre otras acciones

Además, como se pudo observar, se resalta el uso de cuestionamientos acerca de la información que brindaban (Bunge & Carrea, 2010; Gilman & Chard, 2015; Stewart et al., 2007) los niños como la técnica principal utilizada durante el tratamiento y la positiva reacción de los niños ante ésta a lo largo del tratamiento.

Previo a concluir este apartado, se refiere a información pertinente brindada por las cuidadoras principales de los menores y por éstos, la cual complementa lo expuesto en esta sección del presente capítulo.

Información brindada por las cuidadoras principales.

A partir de la información recabada mediante entrevistas con las cuidadoras principales de los niños, realizadas al final de cada sesión, y la información brindada por los menores en las sesiones, se conoció que los participantes del grupo presentaron cambios en la manera en la que se comportaban respecto a sus problemas (motivos de consulta), así como que utilizaron algunos de los

elementos de la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) y estrategias de solución pensadas en las sesiones terapéuticas para hacerle frente a éstos. En el caso de las cuidadoras principales, se destaca que dos de ellas atribuían algunos de los cambios en los niños al proceso terapéutico.

La información presentada a continuación fue mencionada por las cuidadoras principales de los niños, la cual, en su mayoría, fue corroborada por los menores, mediante comentarios al respecto en distintas sesiones.

En el caso de G, su mamá, en la sesión ocho, reportó que el problema que enfrentaban su hija y ella ya no se presentaba y se sentían contentas por ello; identificaba como importante la labor realizada en los procesos terapéuticos, tanto de G como de ella. Mencionó que su hija ahora le comentaba cuando una tarea se le dificultaba, las emociones negativa que le generaba y si requería algún material se lo decía con anticipación, en general, que se comunicaba más con ella respecto a las tareas que tenía y enfatizaba que notaba que G, en general, se mostraba más segura cuando hacía su tarea. La mamá refirió que ella también se esforzaba mucho más por reaccionar tranquila cuando su hija mencionaba que una tarea se le hacía difícil.

Por otra parte, la mamá de U comentó que notaba mucho más tranquilo a su hijo, menos enojado y más accesible, lo cual generaba menos conflictos y aunque aún se molestaba con los adultos, su hermano y primo, esto ocurría con menor frecuencia que antes, pues ahora solía evitar peleas, sobre todo con sus pares. Respecto a las peleas con su hermano, la mamá de U refirió que él aún

llegaba a pegarle a su hermano, pero ocurría con menos frecuencia que antes y ocurría después de varios golpes por parte del otro; reconoció que esto era porque su hijo pequeño desesperaba a U, ante lo que ella debía estar más atenta para apoyar a los dos y así poder evitar peleas.

En cuanto al enojo y tristeza que U sentía debido la separación de sus papás, su mamá refirió que también notaba más tranquilo a su hijo, sobre todo desde que habían implementado que él le hablara por teléfono a su papá, estrategia que se acordó en terapia, la cual tenía como objetivo apoyar a que U experimentara una menor sensación de lejanía respecto a su papá.

La mamá de U reconoció que su hijo había cambiado a partir de que lo llevó a terapia y se sentía a gusto con ello, sin embargo, reconocía que aún requerían trabajar más, sobre todo ella, para que los problemas se redujeran al mínimo.

Finalmente, la abuelita de E comentó que su nieto era un poco más accesible cuando se le pedía apoyo para realizar quehaceres, reaccionaba agresivamente con menos frecuencia, y que las peleas con sus primos y compañeros de la escuela habían disminuido un poco, sin embargo, resaltaba que, fuera de esos aspectos, seguía siendo muy complicado que su nieto atendiera a lo que se le pedía, sobre todo que hiciera sus labores escolares y prestara atención y trabajara en la escuela; por lo que, aunque reconocía el valor del proceso terapéutico, no atribuía cambios debido a éste.

E, en lo particular, mencionó que llegó a platicar con su perro luego de que le ocurría algún problema, por ejemplo, pegarse con su primo, lo cual le ayudaba a

“enfriarse” (tranquilizarse). Al respecto, se le hizo saber que las técnicas para enfriarse se deben realizar antes de que ocurra el problema, no luego de éste, pues así no se logra evitar que se realice alguna acción negativa (la mención ocurrió en la sesión seis).

No obstante lo anterior, a pesar de los cambios identificados en los niños y la noción del uso de algunos de los elementos de la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) y de estrategias de solución planteadas durante el proceso terapéutico para atender los problemas de los niños, se desconoce si los participantes del grupo fueron capaces de aplicar el modelo terapéutico en su totalidad ante situaciones cotidianas, relacionadas con sus problemas, fuera del espacio terapéutico.

Capítulo VI Discusión y conclusiones

Discusión

El objetivo del presente trabajo consistió en analizar si la adaptación realizada de la TSP (Nezu et al., 2014) en un formato grupal para niños de ocho a diez años de edad que asistieron al Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” incrementó el uso de tipos de afrontamiento adaptativos y si redujo el uso de tipos de afrontamiento desadaptativos y el nivel de estrés experimentado por los niños.

En primer lugar, para lograr el objetivo, se valoró si los niños lograron aprender y aplicar la propuesta de adaptación del modelo terapéutico (Nezu et al., 2014), lo cual se realizó mediante la evaluación conductual (ver figuras 1, 2, 3, 4 y 5 en el Capítulo V), cuyo objetivo fue medir la efectividad de los participantes del grupo terapéutico para realizar conductas representativas de los cinco elementos de la TSP (Nezu et al., 2014) trabajados a lo largo del tratamiento: Exteriorizar, Detenerse, Enfriarse, Pensar y Actuar.

Como se puede observar en las figuras 1, 2, 3, 4 y 5 del apartado de Evaluación conductual del Capítulo V, los tres participantes del grupo, en general, obtuvieron puntuaciones promedio más altas en la sesión diez que en los primeros registros realizados para cada elemento, es decir, conforme avanzó el tratamiento, los niños se volvieron mejores al realizar conductas representativas de los cinco elementos trabajados.

En Exteriorizar (Figura 1), Detenerse (Figura 2) y Enfriarse (Figura 3), los tres participantes lograron puntuaciones menores a uno en los registros iniciales y terminaron el tratamiento con promedios entre uno y dos. Respecto a Pensar (Figura 4), U y E obtuvieron promedios de uno en los primeros registros y finalizaron el tratamiento con puntuaciones arriba de dos y de un punto, cada uno respectivamente, por su parte, G tuvo una puntuación de cero en tal elemento al comienzo del tratamiento y en la sesión diez logró un promedio arriba de dos. Finalmente, en cuanto Actuar (Figura 5), en el primer registro G consiguió una puntuación de cero, para luego obtener, en la sesión diez, una arriba de dos; respecto a U y E, los dos tuvieron promedios de dos en el registro inicial de este elemento y finalizaron el tratamiento de la misma manera.

Se identifica que los tres niños tuvieron una progresión respecto a la efectividad en la expresión de conductas representativas en cuatro de los cinco elementos trabajados: Exteriorización (Figura 1), Detenerse (Figura 2), Enfriarse (Figura 3) y Pensar (Figura 4); y, en el caso del elemento Actuar (Figura 5), sólo G tuvo progresión.

El avance antes referido respecto a la efectividad para realizar conductas representativas de los elementos por parte de los participantes del grupo terapéutico era esperada, ya que, según los teóricos (Bonete et al., 2016; Bunge et al., 2014; Coleman et al., 1993; D'zurilla & Nezu, 2010; Frauenknecht & Black, 2004; Friedberg & McClure, 2014; Hanten et al., 2008; Kazdin, 2010; Nezu et al., 2014; Shure, 1993; Tisdelle & Lawrence, 1986; Urbain & Kendall, 1980), los niños entre los ocho y diez años de edad, debido a su desarrollo cognoscitivo:

operaciones concretas, cuentan con las características y habilidades suficientes para aprender y aplicar los elementos trabajados a lo largo del proceso terapéutico y en caso de que no cuenten con las habilidades necesarias al comienzo del tratamiento, es posible, debido a su desarrollo, que las potencien mediante el trabajo terapéutico (Frauenknecht & Black, 2004).

Los participantes del grupo mostraron (ver Figura 1 y Tabla 14 en el Capítulo V), a lo largo del tratamiento, que lograron desarrollar las habilidades específicas necesarias implicadas en la Exteriorización (Nezu et al., 2014): describir sus problemas y los elementos esenciales que los conforman, lo cual era esperado para su etapa de desarrollo, pues los niños de estas edades son capaces de describir sucesos que experimentan de manera continua y reconocer aquellos aspectos más relevantes respecto a éstos (Bunge et al., 2010; Coleman et al., 1993; Frauenknecht & Black, 2004; Friedberg & McClure, 2014; Levine & Munsch, 2014; Santrock, 2006; Stallard, 2007).

Al respecto de Detenerse y Enfriarse (Figura 2 y Figura 3, respectivamente), que implican habilidades para identificar emociones (sensaciones y reacciones corporales que las identifican) y poder regularlas, los participantes del grupo terapéutico al inicio del proceso presentaron diversas dificultades para llevar a cabo las habilidades necesarias para éstos de la manera que se esperaría para niños entre los ocho y diez años de edad (Coleman et al., 1993; Díaz, 2005; Frauenknecht & Black, 2004; Levine & Munsch, 2014; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009; Zimmer-Gembeck & Skinner), no obstante, luego del tratamiento, en el cual se enfatizó el trabajo respecto al

reconocimiento y regulación de emociones, se pudo apreciar que los niños realizaban, con mayor efectividad, conductas representativas de ambos elementos (ver tablas 15 y 16 del Capítulo V para conocer ejemplos del trabajo realizado con los elementos Detenerse y Enfriarse).

A pesar del avance mencionado respecto a Detenerse y Pensar (Figura 2 y Figura 3), se considera posible que debido a las varias dificultades expresadas por los niños para identificar y regular sus emociones al inicio del tratamiento, no se observara una mayor efectividad en conductas representativas de estos elementos.

En cuanto a Pensar (Figura 4), se observó que conforme avanzaba el tratamiento los tres participantes lograban, cada vez de manera más efectiva, proponer opciones de solución adaptativas para sus problemas, lo cual era esperado, pues se conoce que los niños desde los ocho años de edad tienen la capacidad para generar cursos de acción alternativos de manera intencional para solucionar problemas (Coleman et al., 1993; Frauenknecht & Black, 2004; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009), no obstante, la efectividad para realizar conductas representativas del elemento aún requería de mayor trabajo al finalizar el tratamiento (ver tablas 14 y 17 para conocer ejemplos del trabajo realizado con este elemento).

Referente a Actuar (Figura 5), las puntuaciones promedio obtenidas por los niños en la última sesión se encontraron alrededor del dos, implicando aún requerían de una a dos guías o instigaciones para aplicar este elemento. Es

posible que fuera necesario trabajar más en Actuar para que la efectividad de los participantes para realizar conductas representativas de éste llegara a la máxima puntuación promedio, lo que implicaría que dicho elemento se utiliza constantemente de manera efectiva.

Respecto a lo anterior, no obstante las relevantes puntuaciones obtenidas por los niños en Actuar, se destaca que éstas sólo se refieren a conductas realizadas dentro del espacio terapéutico y a menciones acerca de aquellas que llevaban a cabo fuera de éste, las cuales no se pudieron observar directamente, por lo cual no se puede aseverar el grado de eficacia de éstas (ver Tabla 17 para conocer ejemplos del trabajo realizado con el elemento).

Lo anterior es importante pues, a partir de la información recabada mediante los niños y las cuidadoras principales de éstos (ver sección final del último apartado del Capítulo V), se conoció que a los menores se les dificultó implementar (actuar) las soluciones planeadas (a partir del elemento Pensar) a sus problemas durante el transcurso del tratamiento en su vida cotidiana, salvo por algunas excepciones: G logró expresar sus emociones y pensamientos respecto a las tareas que no podía realizar y referir lo que necesitaba para poder llevarlas a cabo; en el caso de U, consiguió mantener distancia, de manera constante, con su hermano y primo, además, contactó a su papá por teléfono para poder sentirse cerca de él; finalmente, en cuanto a E, comentó que llegaba a hablar con su perro acerca de los problemas que tenía, lo que le ayudaba a “enfriarse” luego de que se presentaban eventos adversos (se reconoció que esta técnica debía realizarse previo a que se desarrollaran tales eventos, no después).

Las dificultades expresadas para llevar a cabo las soluciones planeadas es esperada para niños menores de diez años de edad, pues se conoce que no es hasta entre los diez a catorce años de edad que los niños utilizan, con mayor frecuencia, la solución planificada de problemas que la solución instrumental (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Es posible que los menores, debido a su edad, presentaran dificultades para poder llevar a cabo las soluciones pensadas para resolver sus problemas, pues aún se encontraban en una periodo inicial respecto al uso de la solución planificada de problemas (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). De tal manera, se reconoce que a pesar de realizar una mayor cantidad de trabajo con el elemento Actuar, no se lograra que los niños lo aplicaran de manera constante.

Se destaca que los niños, en su vida cotidiana, sólo lograron realizar los elementos trabajados en el tratamiento de manera aislada. Nunca se reportó (ni cuidadoras principales ni menores) que hayan logrado llevar a cabo la totalidad del modelo terapéutico ante alguna situación que se les presentara afuera del tratamiento.

Lo referido en el párrafo anterior era esperado, pues se conoce que los niños suelen experimentar dificultades para aplicar el modelo de solución de problemas en su totalidad ante determinadas condiciones cuando ocurren en vivo, sin el apoyo de una persona mayor que conozca el procedimiento (Frauenknecht & Black, 2004). Además, se conoce que, en general, los menores tienen poco

control sobre los eventos que ocurren en su entorno, por lo cual suelen requerir de adultos para apoyarlos a resolver problemas y regular emociones (Hernández & Gutiérrez, 2012; Verduzco, 2004), lo cual impacta en las diferentes maneras en las que afrontan estresores (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009; Verduzco, 2004, 2006).

A partir de lo antes mencionado, se considera, debido a que el afrontamiento depende del desarrollo (Hernández & Gutiérrez, 2012; Verduzco, 2004, 2006; Zimmer-Gembeck & Skinner 2011) y de cierto apoyo por parte de los adultos responsables de los niños (Hernández & Gutiérrez, 2012; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009; Verduzco, 2004, 2006), que aunque algunas habilidades de afrontamiento puedan mejorarse (D'zurilla & Nezu, 2010; Frauenknecht & Black, 2004; Friedberg & McClure, 2014; Hanten et al., 2008; Kazdin, 2010), es posible que otras específicas para poder aplicar el modelo de la TSP (Nezu et al., 2014) en su totalidad no puedan ser desarrolladas en niños de ocho a diez años de edad, aún a pesar del trabajo terapéutico realizado.

De tal manera, se piensa que integrar a los adultos responsables de los menores al proceso terapéutico de éstos de manera directa pudiera ser benéfico para que logren aplicar el modelo con eficacia ante todo tipo de eventos en su vida cotidiana y no sólo en el consultorio. No obstante, esto debe considerarse en función de la edad y deseos de los niños de que sus cuidadores principales participen directamente en el proceso terapéutico, pues no siempre es recomendado que se incluyan a tales agentes de esta manera, aunque sí

mantener contacto constante con ellos (Bunge et al., 2010; Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Kendall, 2012).

A partir de los datos obtenidos en la evaluación conductual (figuras 1, 2, 3, 4 y 5), se considera que se requiere de una mayor cantidad de sesiones de entrenamiento en el modelo terapéutico para que los niños sean más efectivos al aplicar los cinco elementos trabajados en el tratamiento, lo hagan con mayor frecuencia ante las diferentes experiencias y contextos en los que se desarrollan cotidianamente y que, posiblemente, logren implementar el modelo en su totalidad ante dichas circunstancias.

Respecto a lo anterior, se enfatiza que aunque el manual de la TSP (Nezu et al., 2014) refiere que los clientes pueden aprender y lograr aplicar, efectivamente, el modelo en su vida cotidiana en un mínimo de ocho a diez sesiones, y que Reddy (2012) sugiere que la duración de los tratamientos grupales de los niños sea de diez sesiones, en el caso de los participantes del grupo, esto no fue suficiente para que logran aplicar la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) adecuadamente en su vida diaria.

Finalmente, se reconoce otro factor relacionado con la duración del tratamiento que pudo haber dificultado un mayor avance por parte de los participantes del grupo respecto a la aplicación del modelo. Los niños, contrario a los adolescentes y adultos, requieren de un mayor esfuerzo para adaptarse al trabajo terapéutico (Bunge et al., 2010; Crawley et al., 2010; Gilman & Chard, 2015), lo cual puede dificultar que trabajen en los objetivos del tratamiento de

manera directa desde el inicio del proceso, lo cual era necesaria para esta adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) que tenía una duración breve.

Lo previamente mencionado se vio reflejado por parte de los niños durante la postevaluación, cuando comentaron que, a pesar de que se divertían al acudir al tratamiento, les tomó tiempo poder confiar en el apoyo y discreción por parte de los terapeutas respecto a la información que brindaban, por lo cual, en las primeras (no especificaron cuántas) sesiones terapéuticas no mencionaban todo lo que les pasaba o sentían. Esto fue un obstáculo para lograr los objetivos del proceso terapéutico grupal.

Una vez corroborado que los participantes del grupo terapéutico fueron capaces de aprender y aplicar los elementos que conformaron a la propuesta de adaptación del modelo terapéutico, se consideró que, efectivamente, éste pudiera incrementar el uso de tipos de afrontamiento adaptativos y reducir el uso de tipos de afrontamiento desadaptativos y el nivel de estrés experimentado por los niños, por lo cual se realizó el análisis de la significancia clínica en función de los instrumentos: *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011) y *EIA* (Lucio, Durán & Heredia, 2015).

Antes de continuar, es importante tener en cuenta que al ser una primera aplicación de la propuesta de adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014), los datos obtenidos mediante la aplicación de los instrumentos y del análisis de la significancia clínica realizado a partir de éstos no pueden atribuirse (García, 2009; Hernández, Fernández & Baptista, 2010) a la implementación de la adaptación de

la TSP, sin embargo, se considera que pudiera existir un impacto de ésta en los tipos de afrontamiento empleados por los niños y en el nivel de estrés experimentado por ellos posterior a la intervención.

El análisis de la significancia clínica (Tabla 10 del apartado Análisis de la significancia clínica) realizado a partir de la puntuación de G en el Estrés total del posttest del *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011) indica que se presentó un Deterioro clínico estadísticamente confiable respecto a la puntuación del pretest: no obstante, se reconoce que, a partir de la interpretación de ésta: Estrés promedio, no hay riesgo al respecto, pues indica que la percepción del estrés experimentado por G se mantenía en un rango medio de acuerdo con el instrumento, así pues, tal deterioro se considera como no significativo.

Es posible que el deterioro en la puntuación se debiera a que la menor experimentaba una mayor cantidad de estrés en el momento del posttest que en el pretest, pero, aún así, tal experiencia no haya sido suficiente como para que la puntuación se elevara al punto de ser considerada en riesgo o como estrés significativo.

Por otra parte, el análisis de la significancia clínica (Tabla 10) muestra que G presentó una mejora clínica estadísticamente confiable en la puntuación del Afrontamiento Funcional en el posttest del *EIA* (Lucio, Durán & Heredia, 2015), la cual fue interpretada como Alta, y que en el resto de las puntuaciones de los tipos de afrontamiento no hubieron cambios.

La mejoría clínica en la puntuación del Afrontamiento Funcional de G es relevante para el problema expresado por ella (ver Tabla 1 en el Capítulo IV y último apartado del Capítulo V), pues sugiere que en la actualidad enfrenta su problema, con mayor frecuencia que antes, tratando de resolverlo de manera adaptativa, lo cual es el objetivo de la TSP (Nezu et al., 2014).

Previo al tratamiento, G solía reaccionar (ver Tabla 1 del Capítulo IV) evitativa (no hablaba de su problema y las experiencias que le generaba), emocional (se sentía triste: lloraba, se enojaba y experimentaba miedo debido a las reacciones de su mamá) y disruptiva (azotaba puertas o aventaba el cuaderno), lo cual es esperado para niños de su edad cuando experimentan estresores (Anisman, 2014; APA, 2016; Everly & Lating, 2002; Gunar et al., 2015). Tales reacciones, probablemente, le provocaban una mayor experiencia de estrés que se reflejaba en mayor enojo y tristeza, y se relacionaban con las interacciones poco armoniosas que tenía con su mamá (peleas y regaños, por ejemplo) cuando ocurría su problema (Anisman, 2014; APA, 2016; Compas et al., 2001; Compas et al., 2005; Escobar et al., 2010; Gómez-Fraguela et al., 2010; Gunar et al., 2015; Jones & Milburn, 1990; Morales & Trianes, 2010; Sontag & Graber, 2010).

De tal manera, el uso de un tipo de afrontamiento adaptativo, la solución de problemas (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck, et al., 2011), que se ha relacionado con con un mejor ajuste social y salud de los niños (Compas et al., 2001; Compas et al., 2005; Gómez-Fraguela et al., 2010; Nezu et al., 2014; Sontag & Graber, 2010; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Zimmer-Gembeck et al., 2011), pudo apoyar a G a lograr realizar sus tareas tener una

mejor relación con su mamá y a reducir su experiencia de estrés (Compas et al., 2001; Compas et al., 2005; Gómez-Fraguela et al., 2010; Nezu et al., 2014; Sontag & Graber, 2010) [ver parte final del último apartado del Capítulo V].

Así pues, es posible que la puntuación del Afrontamiento Funcional de G en el posttest del *EIA* (Lucio, Durán & Heredia, 2015) se relacione con la obtenida en el Estrés total del posttest del *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011), pues utilizar este tipo de afrontamiento con mayor frecuencia le permite mantener una experiencia de estrés regulada.

En cuanto a U, se puede observar en la Tabla 11 del apartado Análisis de la significancia clínica que presentó un deterioro, estadísticamente confiable, en dos tipos de afrontamiento considerados como desadaptativos: Disfuncional y Emocional, lo cual indica que, en ese momento, le hacía frente a sus problemas, con mayor frecuencia que antes, de manera disruptiva o con alguna descarga emocional intensa.

De acuerdo con los teóricos, utilizar estrategias de afrontamiento que implican conductas agresivas o expresiones emocionales negativas intensas se relaciona con una mayor experiencia de estrés (Compas et al., 2001; Compas et al., 2005; Escobar et al., 2010; Gómez-Fraguela et al., 2010; Morales & Trianes, 2010; Sontag & Graber, 2010), sin embargo, en el caso de U, la puntuación de Estrés total que obtuvo en la postevaluación del *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011) fue interpretada como Estrés promedio (así como la del pretest), implicando,

según el instrumento, que tales reacciones ante su problema no le han generado una experiencia de estrés elevada.

Así pues, aunque el análisis de la significancia clínica demuestra que la puntuación del Estrés total de U en la postevaluación del *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011) tuvo un deterioro estadísticamente confiable respecto a la puntuación del pretest, ésta no se considera, así como en el caso de G, significativa debido a su interpretación.

Es posible que la puntuación de U en el postest del *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011) no haya sido más elevada debido a que utilizaba, en ese momento, el Afrontamiento Funcional, considerado como adaptativo, con una frecuencia similar a los dos tipos de afrontamiento desadaptativos antes mencionados (los tres interpretados como: Media alta), lo que ayudaba a que tuviera un mejor ajuste social y salud, ayudado a que no se generara una experiencia de estrés mayor (Compas et al., 2001; Compas et al., 2005; Gómez-Fraguela et al., 2010; Nezu et al., 2014; Sontag & Graber, 2010) que se considerara como en riesgo o significativa de acuerdo con el instrumento.

Además de lo anterior, se destaca la puntuación obtenida por U en el Afrontamiento Evitativo, interpretada como Alta en ambas aplicaciones (el análisis de la significancia clínica indica que no hubo cambio) del *EIA* (Lucio, Durán & Heredia, 2015), ya que es un tipo de afrontamiento que puede ser considerado como adaptativo cuando los niños lo utilizan para enfrentar problemas que no pueden ser controlados (Zimmer-Gembeck et al., 2011), lo cual le ocurría a él,

pues no podía modificar lo que hacían su hermano y primo (agredirlo) [ver Tabla 2 del Capítulo IV y último apartado del Capítulo V], así que prefería evitarlos. Es posible que recurrir a estrategias de este tipo de afrontamiento le haya ayudado a U a reducir la sensación de estrés experimentada por su problema (Zimmer-Gembeck, et al., 2011).

Finalmente, en el caso de E, en la Tabla 12 del apartado Análisis de la significancia clínica del presente trabajo se observa que en dos tipos de afrontamiento: Disfuncional y Funcional, ocurrió un Deterioro confiable. Se destaca que la puntuación del Afrontamiento Disfuncional, considerado como desadaptativo, fue la única interpretada como Alta en el postest, indicando que era el tipo de afrontamiento más utilizado por E en ese momento; a éste le siguieron los afrontamientos Funcional y Evitativo, interpretados como medios altos.

Tales cambios clínicos, estadísticamente confiables, son particularmente relevantes, pues indican que el menor ocupaba, en el momento del postest, con mayor frecuencia que antes, conductas desadaptativas al afrontar sus problemas y que utilizaba, en menor cantidad de ocasiones que en el pasado, estrategias de afrontamiento adaptativas.

Respecto a lo anterior, tanto E como su abuelita, durante el tratamiento, informaron que el menor solía reaccionar de manera agresiva ante su problema (ver Tabla 3 del Capítulo IV y parte final del último apartado del Capítulo V): pelas constantes con miembros de la familia (cuidadoras principales y primos), y con agentes escolares (compañeros y docentes); reacciones que son esperadas para

niños de su edad cuando enfrentan estresores (Anisman, 2014; APA, 2016; Everly & Lating, 2002; Gunar et al., 2015).

No obstante lo antes mencionado, la abuelita de E, al finalizar el proceso terapéutico, informó que el menor había mostrado ciertos cambios positivos, pues era un poco más accesible cuando se le pedía que apoyara en algún quehacer; aunque en el resto de los problemas no percibía mejoría alguna (ver sección final del último apartado del Capítulo V).

Coherente con los cambios en las puntuaciones de los tipos de afrontamiento Disfuncional y Funcional antes referidos, en el análisis de la significancia clínica de la puntuación obtenida por E en el Estrés total del posttest del *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011), interpretada como Estrés significativo, también se presentó un Deterioro confiable estadísticamente confiable.

Las variaciones antes mencionadas en las puntuaciones pueden estar vinculadas debido a que el uso de tipos de afrontamiento desadaptativos se ha relacionado con una mayor experiencia de estrés (Campos et al., 2004; Compas et al., 2005; Levien, 1983; Rutter, 1981) y que ocupar en menor medida tipos de afrontamiento adaptativos dificulta que se promuevan los beneficios de éstos, tal es el caso de una menor experiencia de estrés y un mejor ajuste social en los niños (Compas et al., 2001; Compas et al., 2005; Gómez-Fraguela et al., 2010; Nezu et al., 2014; Sontag & Graber, 2010).

Además, se refiere que varias de las características de los problemas expresados por E (ver Tabla 3 y último apartado del Capítulo V) están

relacionados con otros efectos negativos ocasionados por el uso de tipos de afrontamiento desadaptativos, tal es el caso de problemas conductuales y relaciones sociales insatisfactorias (Compas et al., 2001; Compas et al., 2005; Escobar et al., 2010; Gómez-Fraguela et al., 2010; Morales & Trianes, 2010; Sontag & Graber, 2010), así como experiencias emocionales negativas intensas: enojo y tristeza (Anisman, 2014; APA, 2016; Everly & Lating, 2002; Gunar et al., 2015; Jones & Milburn, 1990). Así pues, es posible que su manera de reaccionar ante los problemas le generara más dificultades.

Se destaca, en el caso de E y U, la posibilidad de que los cambios en las puntuaciones de ellos en los instrumentos se debieran a que el tratamiento terapéutico no haya sido suficiente para lograr cambios positivos que incrementaran el uso de tipos de afrontamiento adaptativos y redujeran el uso de tipos de afrontamiento desadaptativos, así como el nivel de estrés experimentado por ellos.

Además, pudiera ser que la intervención impactara de tal manera que los tres niños aprendieron a reconocer, con mayor precisión que antes, sus reacciones ante sus problemas, lo que permitió, aunado a la mayor confianza que tenía en los terapeutas en el momento del postest, que respondiera a los instrumentos con más honestidad.

Por otra parte, los cambios en las puntuaciones de los tres participantes del grupo terapéutico podrían deberse a diferentes aspectos o factores negativos referidos por Compas et al. (2001) acerca de los autoreportes. Un aspecto destaca

que los niños requieren recordar lo que han hecho en el pasado para enfrentar estresores, lo cual no suelen hacer de manera correcta. Lo anterior pudo notarse en los participantes del grupo durante la aplicación del postest del *EIA* (Lucio, Durán & Heredia, 2015), pues los tres, sobre todo E y U, al responder a los reactivos, mencionaban que la opción seleccionada era algo que hacían “desde pequeños” o tiempo atrás, por ejemplo, “el año pasado”, lo cual implicaba que no respondían cómo reaccionaban a los estresores en tiempo presente, sino que trataban de recordar, probablemente de manera errónea, lo que hacían en el pasado.

Otro factor relevante implica que los niños suelen tener dificultades para responder a reactivos cuyas opciones de respuesta implican un grado de cantidad respecto a qué tanto emplean una estrategia de afrontamiento o les afecta un estresor. Los participantes del grupo solían brindar respuestas contrastantes ante reactivos similares en los instrumentos, por ejemplo, nunca en un reactivo y siempre en el otro, lo cual podría ser causado por los problemas que tienen los niños para identificar qué tanto utilizan alguna estrategia o les impacta un estresor (Compas et al., 2001).

Relacionado con lo anterior, durante la postevaluación los niños mencionaron que la primera ocasión en la que respondieron a los instrumentos se sintieron “nerviosos” y por ello, aunque tuvieron muchas dudas acerca de lo que implicaban varios de los reactivos, prefirieron no preguntar al respecto, pues tenían miedo de que los regañaran los terapeutas o se burlaran de ellos. Esto no ocurrió en la aplicación del postest, en la cual los tres niños, sobre todo E y U,

expusieron varias dudas acerca de los reactivos. A partir de lo mencionado por los niños durante dicha evaluación, se considera que las respuestas al pretest hayan sido poco confiables. Lo referido es coherente con lo expresado por Anisman (2014); y Martínez-Otero (2012), quienes señalan que los instrumentos suelen generar confusiones acerca de lo que implican los reactivos, por lo cual los niños suelen brindar información que no corresponde a sus experiencias.

Un último aspecto importante, específicamente acerca de los autoreportes que miden afrontamiento, refiere que éstos suelen verse limitados por el deseo de los niños por reportar el uso de estrategias tanto adaptativas como desadaptativas (Compas et al., 2001). En el caso de los varones, sobre todo de E, en ambas aplicaciones de los instrumentos pudo notarse que solían tratar de seleccionar la respuesta que implicaba la mayor frecuencia (siempre) en distintos reactivos, algunos de los cuales son contrastantes, y al hacerlo solían mostrarse a gusto (sonreían) y comentaban que eran acciones que realizaban seguido.

Por otra parte, es posible que las variaciones en las puntuaciones del instrumento *EIA* (Lucio, Durán & Heredia, 2015) se debieran a que, tal como lo mencionan Smith y Carlson (1997), los niños no presentan estilos de afrontamiento estables. Así pues, el tiempo transcurrido entre las evaluaciones pudo ser un factor para que las puntuaciones fueran diferentes. Esto se relaciona con lo planteado por Verduzco (2006), quien señala que el desarrollo de los niños es considerablemente rápido y presentan una gran cantidad de reacciones en cortos periodos de tiempo.

En el caso del *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011), un factor que pudo influir en las respuestas a éste fue que durante la aplicación del postest los niños mencionaron que se encontraban en periodo de exámenes en la escuela, lo cual los tenía “preocupados”, “nerviosos” y “cansados” y, en el caso de G, “estresada”. Es posible que esta experiencia haya influido elevando las puntuaciones en dicho instrumento, pues se conoce que las dificultades escolares o el exceso de tareas y exámenes son estresores significativos para los niños (Martínez-Otero, 2012; Zimmer-Gembeck et al., 2009).

Además, respecto a las puntuaciones del *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011), se enfatiza que la TSP (Nezu et al., 2014) no tiene como objetivo eliminar el estrés vivido por las personas, sino generar habilidades para regularlo y para cambiar, positivamente, la manera en la que se le hace frente a los estresores. Así pues, es posible que una persona que haya aprendido y aplique la TSP (Nezu et al., 2014) continúe experimentando estrés y, por lo tanto, que sus puntuaciones en instrumentos que midan estrés, como es el caso del *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011), sean elevadas.

A partir de los factores antes referidos, se piensa que las respuestas a los instrumentos estén sesgadas, lo cual impacta negativamente para que se establezca una posible relación entre la aplicación de la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) y el uso de ciertos tipos de afrontamiento utilizados por los niños y el nivel de estrés experimentado por ellos.

Finalmente, acerca de los resultados de los instrumentos y del análisis de la significancia clínica realizado a partir de éstos, se refiere que se ha demostrado que las entrevistas (Muñoz, 2012; Smith & Carlson, 1997; Zimmer-Gembeck et al., 2009) y los métodos observacionales son particularmente efectivos para recabar una gran cantidad de información acerca del afrontamiento y los estresores que afectan a los niños (Compas et al., 2001; Muñoz, 2012; Smith & Carlson, 1997). A partir de lo antes mencionado, se identifica que la información recabada mediante las entrevistas a las cuidadoras principales y a los participantes del grupo, así como las observaciones realizadas a éstos ayudaron a contextualizar los datos obtenidos mediante los instrumentos aplicados (Compas et al., 2001; Muñoz, 2012; Smith & Carlson, 1997).

Dicha información permitió identificar que, si bien las puntuaciones y el análisis de la significancia clínica de éstos expuso varios resultados negativos, la experiencia emocional de los niños respecto a sus problemas, así como la forma de concebirlos y actuar ante éstos cambió de manera positiva, sobre todo para G (cuyo problema ya no se presentaba y se le notaba más segura y contenta) y U (quien se notaba más tranquilo y peleaba menos con sus pares), no tanto para E (era un poco más accesible para hacer quehaceres). Además, se destaca que las mamás de G y U reconocieron al proceso terapéutico como un factor que generó cambios positivos en sus hijos; en cuanto a la abuelita de E, aunque ella valoraba a dicho proceso como algo bueno, no relacionaba los cambios en su nieto a éste (ver sección final del último apartado del Capítulo V).

Así pues, aunque no se conoce que los niños hayan utilizado, completamente, el modelo terapéutico en su vida diaria, sino sólo los elementos de manera aislada, es posible que el tratamiento sí haya impactado positivamente en la manera en la que se aproximaban a sus problemas, sobre todo para G y U.

Finalmente, respecto a los ejemplos del trabajo realizado con los elementos de la TSP (Nezu et al., 2014) presentados para apoyar los análisis realizados: evaluación conductual y análisis de la significancia clínica, los cuales se muestran en el último apartado del Capítulo V (tablas 14, 15, 16 y 17), se exponen las siguientes puntualizaciones.

Los niños reaccionaron positivamente ante los cuestionamientos hechos por los terapeutas acerca de los componentes esenciales de sus problemas y los detonantes de éstos (ver tablas 14 y 17), lo cual fue parte esencial del trabajo realizado con el elemento Exteriorización, pues a partir de la información que brindaron se pudieron conocer aspectos importantes de los problemas y así analizarlos, lo que facilitó concretar estrategias dentro del consultorio para que pudieran enfrentar sus problemas de manera diferente a como lo hacían previamente.

Respecto a los componentes esenciales de los problemas de los niños identificados por ellos, se destacan las reacciones desagradables: emocionales, conductuales y sensaciones corporales que éstos les provocaban, pues aunque los participantes del grupo lograron mencionar tales reacciones y comprender cuándo debían frenar sus acciones ante eventos relacionados con los problemas

que les aquejaban, aún se les dificultaba frenarlas cuando éstos se presentaban en su vida diaria, lo cual es la acción más importante del elemento Detenerse (ver tablas 15 y 16).

Similar a lo expuesto en el párrafo anterior, los niños fueron capaces de comprender cuándo debían aplicar el elemento Enfriarse, aprender técnicas específicas para aplicarlo: dos juegos, alejarse de las situaciones y platicar con alguien, entre otras, y las ventajas de este elemento respecto a sus problemas (ver tablas 15, 16 y 17), pues reconocieron que al estar relajados o tranquilos les era posible idear soluciones para resolver los problemas. Sin embargo, no se conoció que llegaron a ocupar estas técnicas para regular sus emociones cuando comenzaba a presentarse algún evento relacionado con sus problemas.

En cuanto a los elementos Pensar y Actuar, se identifica que los niños fueron capaces de idear varias soluciones adaptativas para diferentes problemas, ya fueran reales: propios y de otros, o ficticios, además de reconocer que se debe llevar a cabo la aparente mejor solución pensada para intentar resolver el problema objetivo y, en caso de no dar resultado, se implementa otra solución (ver tablas 14 y 17).

Referente al elemento Pensar, se desconoce si los niños lo implementaron fuera del consultorio, o sea, no se sabe si tomaban tiempo cotidianamente para planear soluciones. Por otra parte, en cuanto a Actuar, debido a que se sabe que G y U lograron reducir la cantidad de ocasiones en las que ocurrían sus problemas y que se atribuyeron estos cambios a la implementación de estrategias de solución

pensadas en el consultorio, se considera que ellos sí ocuparon el elemento Actuar en su vida cotidiana ante situaciones en vivo. Lo anterior indica que G y U pudieron aplicar ambos elementos con ayuda de adultos que conocían el modelo terapéutico, aunque el apoyo no ocurriera en el momento en que se presentaban los problemas y se llevaban a cabo las soluciones. Respecto a E, no se hicieron comentarios que indicaran que aplicó alguna solución a su problema planteada durante el tratamiento.

Para finalizar el apartado, se enfatiza que aunque no se conoce que los participantes del grupo terapéutico hayan aplicado el método DEPA de manera sistemática fuera del consultorio ante sus problemas, se sabe que sí ocuparon algunos de los elementos y que su uso tuvo un impacto positivo.

Conclusiones

A partir de los resultados obtenidos y la discusión realizada a partir de ellos, se concluye lo siguiente acerca de la implementación de la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) en un formato grupal con niños de ocho a diez años de edad que asistieron al CCAPV.

Los niños entre los ocho y diez años de edad son capaces de aprender y aplicar los elementos trabajados en la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) [Coleman et al., 1993; Díaz, 2005; Frauenknecht & Black, 2004; Levine & Munsch, 2014; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009;

Urbain & Kendall, 1980; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011], sin embargo, debido a su etapa de desarrollo: operaciones concretas, tienen dificultades para aplicar el modelo en situaciones en vivo por sí mismos sin el apoyo de un adulto que lo conozca (Frauenknecht & Black, 2004; Hernández & Gutiérrez, 2012; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007; Skinner & Zimmer-Gembeck, 2009; Verduzco, 2004, 2006).

Se considera que existe un efecto positivo por parte de la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) implementada en el modo en que los niños le hacen frente a los problemas que les afectan y cómo los perciben (Frauenknecht & Black, 2004; Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Stallard, 2007).

Se considera posible que los niños logren ser más efectivos al aplicar la adaptación de la TSP de Nezu et al. (2014) si el tratamiento tuviera una duración entre dieciséis a veinte sesiones (Fuggle et al., 2013; Reddy, 2012; Stallard, 2007) con una duración de, por lo menos una hora (Fuggle et al., 2013).

Es necesario programar sesiones al comienzo del tratamiento grupal, previo a abordar los objetivos de éste, para que los niños puedan adaptarse al proceso terapéutico y familiarizarse entre ellos y con los terapeutas (Bunge et al., 2010; Crawley et al., 2010; Gilman & Chard, 2015), lo cual puede facilitar que compartan información relacionada con los problemas por los cuales acuden a terapia, apoyando así al desarrollo del proceso terapéutico (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007).

Se debe dar a conocer el método y objetivo del trabajo terapéutico (Nezu et al., 2014) desde el comienzo del proceso para que los participantes del grupo se enfoquen en el desarrollo de éste, lo cual puede apoyar a evitar que se generen dudas respecto a lo que se va a hacer en terapia.

Es importante que se mantenga contacto con las o los cuidadores principales de los participantes del grupo para recabar información pertinente acerca de los niños, los motivos de consulta (Bunge et al., 2010; Friedberg & McClure, 2014; Fuggle et al., 2013; Gilman & Chard, 2015; Kendall, 2012) y para hacerles conocer el modelo terapéutico (Frauenknecht & Black, 2004), lo que puede incrementar la posibilidad de que apoyen a los niños en su aplicación ante situaciones en vivo.

Se reconoce que pudiera ser posible que puntuaciones altas en el Afrontamiento Funcional del *EIA* (Lucio, Durán & Heredia, 2015) tengan relación con puntuaciones dentro del rango normal del Estrés total del *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011) [Compas et al., 2001; Compas et al., 2005; Gómez-Fraguela et al., 2010; Nezu et al., 2014; Sontag & Graber, 2010].

Las respuestas a los instrumentos tipo autoreporte que miden estrés y afrontamiento pueden estar sesgadas debido a aspectos metodológicos de éstos (Anisman 2014; Compas et al., 2001; Martínez-Otero, 2012; Smith & Carlson, 1997; Zimmer-Gembeck et al., 2009; Zimmer-Gembeck y Skinner, 2011) y a causas inherentes a los niños que dificultan que respondan a los instrumentos de manera adecuada (Anisman 2014; Compas et al., 2001; Martínez-Otero, 2012).

Además de los instrumentos aplicados y los análisis realizados a estos, es de suma importancia usar técnicas observacionales con los participantes del grupo, así como entrevistas a éstos y a sus cuidadores principales para poder contextualizar el análisis de los datos obtenidos mediante los instrumentos utilizados (Compas et al., 2001; Muñoz, 2012; Smith & Carlson, 1997; Zimmer-Gembeck et al., 2009).

Limitaciones y sugerencias para próximos estudios

Limitaciones.

Se identifican las siguientes limitaciones luego de haber realizado la discusión y conclusiones del presente trabajo.

La etapa de desarrollo se aprecia como una limitante para que los niños puedan aplicar el modelo de manera sistemática ante situaciones en vivo por sí mismos sin que los apoye un adulto que lo conozca (Frauenknecht & Black, 2004; Hernández & Gutiérrez, 2012; Verduzco, 2004, 2006; Zimmer-Gembeck & Skinner 2011).

La insuficiente información respecto a la implementación de la última versión de la TSP (Nezu et al., 2014) con niños, así como la escasa y poco reciente evidencia acerca de la aplicación de otros entrenamientos en solución de problemas, basados en esta terapia, con dicha población (Dubow & Tisak, 1989;

Goodman, Gravitt & Kaslow, 1995; Kazdin, 1995; Kazdin, 2010; Rabiner, Lenhart & Lochman, 1990; Richard & Dodge, 1982; Shure, 1993).

La duración del tratamiento, el cual, al consistir en sólo diez sesiones (excluyendo las evaluaciones), fue un impedimento para que los niños pudieran desarrollar, con mayor eficacia, conductas representativas de los elementos trabajados en la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) e incrementar su uso en situaciones cotidianas, así como mejorar respecto a la aplicación del modelo de manera sistemática ante tales eventos.

La deserción que se presentó en el grupo terapéutico (cuatro participantes dejaron de asistir), pues se reconoce que en un ambiente grupal se generan mayores beneficios a partir de éste cuando hay una mayor cantidad de participantes (Deblinger et al., 2016; Gilman & Chard, 2015; Reddy, 2012; Reddy et al., 2005; Springer & Misurell, 2010; Stewart et al., 2007; Stone, 2007).

La imposibilidad de observar a los participantes del grupo fuera del ambiente terapéutico, pues dificultó que se tuviera una noción objetiva de la efectividad de éstos para implementar el modelo en su vida cotidiana.

Finalmente, la novedad de la evaluación conductual y de la escala de calificación numérica, pues al no haber sido aplicadas con anterioridad se desconoce la validez y confiabilidad de éstas (Kerlinger & Lee 2002); además, se identifican diversos ajustes que deben realizarse respecto a la descripción (redacción y contenido) de las categorías para que sean más claras.

Sugerencias.

A partir de la experiencia de la aplicación de la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014) con el grupo terapéutico expuesto en el presente trabajo, se realizan las siguientes recomendaciones, las cuales pudieran ayudar a mejorar los resultados previamente obtenidos.

Se recomienda que el proceso terapéutico esté compuesto por dieciséis a veinte sesiones, excluyendo aquellas en las que se realicen las evaluaciones (Fuggle et al., 2013; Reddy, 2012; Stallard, 2007). Se sugiere que en las primeras tres sesiones del tratamiento se aborde el objetivo grupal (aprender una manera para solucionar problemas) y el modelo terapéutico: adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014). En éstas se deben aclarar las dudas respecto al trabajo a realizar y ejemplificar el modelo, pero sin ocupar los problemas por los cuales los niños acuden a terapia (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007).

Además, se aconseja que en estas tres primeras sesiones los terapeutas se concentren en promover la sensación de confianza, unión y confortabilidad entre los miembros del grupo (Reddy, 2012; Stewart et al., 2007).

Posterior a las sesiones mencionadas, de la cuarta en adelante, es positivo comenzar a trabajar con el modelo terapéutico y los problemas por los cuales acuden los niños a terapia. Estos problemas son el eje de trabajo para aprender a aplicar la versión adaptada de la TSP (Nezu et al., 2014).

Se recuerda que la TSP (Nezu et al., 2014), así como la adaptación presentada en este trabajo, implican una secuencia de pasos (cuatro Kits de herramientas), sin embargo, la cantidad de sesiones que se dedique a cada uno de éstos dependerá de las habilidades y necesidades de los pacientes. Debido a lo anterior, no es recomendable que se determine el trabajo a realizar en cada sesión sin previamente haber conocido a los pacientes. Esto también es relevante para las técnicas que se van a seleccionar para llevar a cabo el trabajo, pues aunque el manual de la TSP (Nezu et al., 2014) refiere varias, no es necesario que se ocupen todas, ya que sólo se utilizarán aquellas que más le convengan a los pacientes. Se aconseja que se exploren diversas técnicas previo a comenzar el tratamiento para que se tengan varias opciones a realizar con los pacientes.

No obstante lo antes mencionado, se sugiere que se consideren, como media base, dos sesiones para abordar, de manera teórico-práctica, cada uno de los elementos de la adaptación de la TSP (Nezu et al., 2014), o sea, diez sesiones en total. El resto de las sesiones pueden ocuparse para practicar todo el modelo ante diferentes problemas.

Se recomienda la posibilidad de que se tengan sesiones aparte con los cuidadores principales de los participantes del grupo para hacerles saber el modelo terapéutico y practicar con ellos, o que, en caso de que los niños lo acepten (Gilman & Chard, 2015), éstas sean en conjunto con los menores. Si las sesiones son aparte, no deben considerarse como parte de aquellas que conforman al tratamiento de los menores. Es posible que se requiera, por lo menos, una sesión por cada elemento de la adaptación de la TSP (Nezu et al.,

2014) para trabajar con los cuidadores principales. Se enfatiza en que se motive a éstos para que apoyen a los niños a implementar el modelo en su vida cotidiana.

Finalmente, en cuanto a la deserción, se recomienda que se tenga al menos una sesión con los cuidadores principales de los niños previo a que comience el trabajo terapéutico grupal con ellos, para que se les haga saber, enfáticamente, los beneficios que genera asistir a este tipo de tratamientos. Además, en la medida de lo posible, se sugiere que se aplique un sistema de recompensas y castigos para aquellos que asistan con regularidad y para quienes faltan de manera constante.

Referencias

- American Psychological Association. (17 de marzo de 2016). Comprendiendo el estrés crónico. Washington DC, Washington DC, EUA.
- Secretaría de Salud. (2011). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el instrumento de evaluación para sistemas de salud mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS)*. México, México: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
- Alshuler, J., & Ruble, D. (1989). Developmental changes in children's awareness of strategies for coping with uncontrollable stress. *Child Development, 60*, 1337-1349.
- Anisman, H. (2014). *An introduction to stress & health*. Canada: SAGE Publications.
- Arizona State University. (1999). *Manual for the Children's Coping Strategies Checklist and the How I Coped Under Pressure Scale*. Arizona State University. Tempe: Program For Prevention Research.
- Arnold, E. (1990). Stress in Children and Adolescents: Introduction and Summary. En E. Arnold, *Childhood stress* (págs. 1-19). New York, New York, EEUU: John Wiley & Sons.
- Arnold, E., & Carnahan, J. (1990). Child divorce stress. En E. Arnold, *Childhood stress* (págs. 373-403). New York, New York, EEUU: John Wiley & Sons.
- Australian Psychological Society. (2010). *Evidence-based psychological interventions in the treatment of mental disorders: a literature review*. Melbourne, Victoria, Australia: Australian Psychological Society.
- Barton, M., & Zeanah, C. (1990). Stress in the preschool years. En E. Arnold, *Childhood stress* (págs. 193-221). New York, New York, EEUU: John Wiley & Sons.
- Bearman, S., & Weisz, J. (2012). Cognitive-behavior therapy. An introduction. En E. Szigethy, J. Weisz, & R. Findling, *Cognitive-behavior therapy for children and adolescents* (págs. 1-28). Washington DC, EEUU: American Psychiatric Association.
- Bearman, S., Ugueto, A., Alleyne, A., & Weisz, J. (2010). Adapting cognitive-behavioral therapy for depression to fit diverse youths and contexts: applying the deployment-focused model of treatment development and testing. En J. Weisz, & A. Kazdin, *Evidenced-based psychotherapies for children and adolescents* (págs. 466-481). New York, EEUU: The Guilford Press.
- Beck, J. (2008). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. México, México: Gedisa.
- Bell, A., & D'Zurilla, T. (2009). Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 348-353.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2009). *Manual de psicopatología. Volumen II*. Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana.

- Bernard, M., & Joyce, M. (1984). *Rational-emotive therapy with children and adolescents. Theory treatment strategies, preventative methods*. New York, New York, EEUU: John Wiley & Sons.
- Berndard, M., & Joyce, M. (1984). *Rational-emotive therapy with children and adolescents*. New York, EEUU: John Wiley & Sons.
- Blount, R., Simons, L., Devine, K., Jaaniste, T., Cohen, L., Chambers, C., & Hayutin, L. (2008). Evidence-based assessment of coping and stress in pediatric. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 1021-1045.
- Bonete, S., Molinero, C., Mata, S., Calero, D., & Gómez-Pérez, M. (2016). Effectiveness of manualised interpersonal problem-solving skills intervention for children with autism spectrum disorder (ASD). *Psicothema*, 28(3), 304-310.
- Bunge, E., & Carrea, G. (2010). Fundamentos e intervenciones cognitivas en niños y adolescentes. En M. Gomar, J. Mandil, & E. Bunge, *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes* (págs. 129-158). Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2014). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicas*. Buenos Aires, Argentina: Akadia.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2014). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires, Argentina: AKADIA.
- Bunge, E., Mandil, J., & Gomar, M. (2010). Introducción a la terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. En M. Gomar, J. Mandil, & E. Bunge, *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes* (págs. 21-66). Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Caballo, V., & Mateos, P. (2000). El tratamiento de los trastornos de ansiedad a las puertas del siglo XXI. *Psicología Conductual*, 8(2), 173-215.
- Campos, M., Iraurgi, J., Páez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín de Psicología*(82), 25-44.
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., & Osika, W. (2014). Psychometric Properties of the Spanish Language of the Stress in Children Questionnaire (SiC). *Psicología: Reflexao e Crítica*, 27(1), 81-89.
- Carey, M. (1993). Child and adolescent depression: cognitive-behavioral strategies and interventions. En A. Finch, W. Nelson, & E. Ott, *Cognitive-behavioral procedures with children and adolescents. A practical guide*. (págs. 289-314). Needham Heights, Massachusetts, EEUU: Allyn and Bacon.
- Carlson, N. (2006). Trastornos de ansiedad, Autismo, Trastorno de déficit de atención con hiperactividad y Trastornos por estrés. En N. Carlson, *Fisiología de la conducta* (págs. 605-633). Madrid, España: PEARSON. Addison Wesley.
- Caro, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas. Modelos y técnicas principales*. Henao, España: Desclée de Brouwer.
- Carr, A. (2006). Influences on problem development. En A. Carr, *The handbook of child and adolescent clinical psychology* (págs. 40-78). London, Sussex, Inglaterra: Routledge.

- Carratalá, E., & Arjalaguer, M. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con trastorno del espectro autista e impulsividad. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 2(1), 37-44.
- Carver, C., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704.
- Chambless, D., & Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685-716.
- Child welfare information gateway. (Agosto de 2012). *Childwelfare*. Obtenido de <https://www.childwelfare.gov/>
- Child Welfare Information Gateway. (2012). *Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children affected by sexual abuse or trauma*. Washington DC: Children's Bureau.
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Henao, España: DESCLEE DE BOUWER.
- Cohen, J. (2005). Treating traumatized children: current status and future directions. *Journal of Trauma & Dissociation*, 6(2), 109-121.
- Cohen, J., Mannarino, A., & Deblinger, E. (2010). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for traumatized children. En J. Weisz, & A. Kazdin, *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (págs. 295-311). New York, EEUU: The Guilford Press.
- Coleman, M., Wheeler, L., & Webber, J. (1993). Research on interpersonal problem-solving training: a review. *Medical and Special Education*, 14(2), 25-37.
- Compas, B. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403.
- Compas, B. (2009). Coping, regulation, and development during childhood and adolescence. En E. Skinner, & M. Zimmer-Gembeck, *Coping and the development of regulation*. *New Directions for Child and Adolescent Development* (págs. 87-99). San Francisco, EEUU: Jossey-Bass.
- Compas, B., Champion, J., & Reeslund, K. (2005). Coping with stress: implications of preventive interventions with adolescents. *The Prevention Researcher*, 12(13), 17-20.
- Compas, B., Champion, J., Forehand, R., Cole, D., Reeslund, K., Fear, J., . . . Roberts, L. (2010). Coping and parenting: mediators of 12-month outcomes of a family group cognitive-behavioral preventive intervention with families of depressed parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 623-634.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Harding, A., & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.
- Compas, B., Forehand, R., Keller, G., Champion, J., Rakow, A., Reeslund, K., . . . Cole, D. (2009). Randomized controlled trial of a family cognitive-behavioral preventive intervention for children of depressed parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1007-1020.

- Compas, B., Jaser, S., Dunbar, J., Watson, K., Bettis, A., Gruhn, M., & Williams, E. (2014). Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: points of convergence and divergence. *Australian Journal of Psychology*, 66, 71-81.
- Compas, B., Rex, F., Thigpen, J., Keller, G., Hardcastle, E., Cole, D., . . . Roberts, L. (2011). Family group cognitive-behavioral preventive intervention for families of depressed parents: 18- and 24-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 488-499.
- Consejo General de la Psicología de España. (2014). *Evaluación del cuestionario IECI*. Madrid: Consejo General de la Psicología de España.
- Crawley, S., Podell, J., Beidas, R., Braswell, L., & Kendall, P. (2010). Cognitive-Behavioral therapy with youth. En K. Dobson, *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (págs. 375-410). New York, EUA: The Guilford Press.
- De la Fuente, J., López, M., Zapata, L., Martínez-Vicente, J. M., Vera, M. M., Solinas, G., & Fadda, S. (2014). Competencia para estudiar y aprender en contextos estresantes: fundamentos de la utilidad e-Afrontamiento del estrés académico. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(3)(34), 717-746.
- Deblinger, E., Pollio, E., & Dorsey, S. (2016). Applying trauma-focused cognitive-behavioral therapy in group format. *Child Maltreatment*, 21(1), 59-73.
- Díaz, R. (2005). *Manejo del estrés en niños escolares (Tesis de Licenciatura)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Digiuseppe, R. (2009). An introduction to cognitive behavior therapies. En A. Akin-Little, S. Little, M. Bray, & T. Kehle, *Behavioral interventions in schools. Evidence-based positive strategies*. Washington D.C, EEUU: American Psychological Association.
- Dobson, K., & Dozois, D. (2010). Historical and Philosophical Bases of the Cognitive-Behavioral Therapies. En K. Dobson, *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (págs. 3-38). Nueva York, EUA: The Guilford Press.
- Donaldson, D., Prinstein, M., danovsky, M., & Spirito, A. (2000). Pattern of children's coping with life stress: implications for clinicians. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(3), 351-358.
- Drewes, A. (2009). *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy. Evidence-based and other effective treatments and techniques*. Hoboken, New Jersey, EEUU: John Wiley & Sons.
- Dubow, E., & Tisak, J. (1989). The relation between stressful life events and adjustment in elementary school children: the role of social support and social problem-solving skills. *Child Development*, 60(6), 1412-1423.
- D'Zurilla, T., & Nezu, A. (2010). Problem-solving therapy. En K. Dobson, *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (págs. 197-225). New York, EEUU: The Guilford Press.
- D'Zurilla, T., Nezu, A., & Maydeu-Olivares, A. (2004). Social problem solving: theory and assessment. En E. Chang, T. D'Zurilla, & L. Sanna, *Social problem solving: theory, research, and training* (págs. 11-27). Washington DC, EEUU: American Psychological Association.
- Everly, G., & Lating, J. (2002). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York, EUA: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

- Ferro, R., Vives, C., & Ascanio, L. (2009). Novedades en el tratamiento conductual de niños y adolescentes. *Clínica y Salud*, 20(2), 119-130.
- Finch, A., Nelson, W., & Moss, J. (1993). Childhood aggression: cognitive-behavioral therapy strategies and interventions. En A. Finch, W. Nelson, & E. Ott, *Cognitive-behavioral procedures with children and adolescents. A practical guide*. (págs. 148-205). Needham Heights, Massachusetts, EEUU: Allyn and Bacon.
- Finch, A., Nelson, W., & Ott, E. (1993). *Cognitive-behavioral therapy strategies and interventions*. Needham Heights, Massachusetts, EEUU: Allyn and Bacon.
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1988). Coping as a mediator of emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(3), 466-475.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2012). *Estado mundial de la infancia 2012*. New York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- Franklin, M., Freeman, J., & March, J. (2010). Treating pediatric obsessive-compulsive disorder using exposure-based cognitive-behavioral therapy. En J. Weisz, & A. Kazdin, *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (págs. 80-92). New York, EEUU: The Guilford Press.
- Frauenknecht, M., & Black, D. (2004). Problem-solving training for children and adolescents. En E. Chang, T. D'Zurilla, & L. Sanna, *Social problem solving: theory, research and training* (págs. 153-170). Washington DC, EEUU: American Psychological Association.
- Freeman, J., Garcia, A., Coyne, L., Ale, C., Przeworski, A., Himle, M., . . . Leonard, H. (2011). TOC en la primera infancia: hallazgos preliminares de una estrategia cognitivo conductual basada en la familia. *Revista de Toxicomanías*, 63, 3-14.
- Friedberg, R., & McClure, J. (2014). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona, España: Paidós.
- Friedberg, R., Gorman, A., Hollar, L., Biuckians, A., & Murray, M. (2011). *Cognitive behavioral therapy for the busy child psychiatrist and other mental health professionals. Rubrics and rudiments*. New York, EEUU: Routledge.
- Friedberg, R., McClure, J., & Hillwig, J. (2014). *Cognitive Therapy Techniques for Children and Adolescents. Tools for enhancing practice*. New York, EUA: The Guilford Press.
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent coping. Advances in theory, research and practice*. East Sussex, EEUU: Routledge.
- Frye, A., & Goodman, S. (2000). Which social problem-solving components buffer depression in adolescent girls? *Cognitive Therapy and Research*, 24, 637-650.
- Fuggle, P., Dunsmuir, S., & Curry, V. (2013). *CBT with children, young people & families*. Los Angeles, EUA: SAGE.
- Gailmbert, .. U. (2009). *Diccionario de Psicología*. Ciudad de México: Siglo veintuno editores.
- García, B. (2009). *Manual de métodos de investigación para las ciencias sociales. Un enfoque de enseñanza basada en proyectos*. México, México: El Manual Moderno.

- Garmezy, N. (1983). Stressors of childhood. En N. Garmezy, & M. Rutter, *Stress, coping, and development in children* (págs. 43-84). New York, New York, EEUU: McGraw-Hill.
- Garmezy, N., & Masten, A. (1990). The Adaptation of Children to a Stressful World: Mastery of Fear. En E. Arnold, *Childhood stress* (págs. 459-473). New York, New York, EEUU: John Wiley & Sons.
- Gil-Bernal, F., & Hernández-Guzmán, L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de Psicología*, 40(1), 89-104.
- Gilman, R., & Chard, K. (2015). Cognitive-behavioral and behavioral approaches. En T. Prout, & A. Fedewa, *Counseling and psychotherapy with children and adolescents. Theory and practice for school and clinical settings* (págs. 115-153). Hoboken, New Jersey, EEUU: John Wiley & Sons.
- Gómez, J., & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21(2), 173-190.
- Gómez-Fraguela, J., Luengo-Martín, A., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P., & Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.
- González, A. (2014). *Estrés y estrategias de afrontamiento en niños con Cáncer (Tesis de especialidad)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M., & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Goodman, S., Gravitt, G., & Kaslow, N. (1995). Social problem solving: a moderator of the relation between negative life stress and depression symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23(4), 473-485.
- Grace, N., Spirito, A., Finch, A., & Ott, E. (1993). Coping skills for anxiety control in children. En A. Finch, W. Nelson, & E. Ott, *Cognitive-behavioral procedures with children and adolescents* (págs. 257-288). Needham Heights, Massachusetts, EEUU: Allyn and Bacon.
- Griffith, M., Dubow, E., & Ippolito, M. (2000). Developmental and cross-situational differences in adolescents' coping strategies. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(2), 183-2004.
- Grover, K., Green, K., Pettit, J., Monteith, L., Garza, M., & Venta, A. (2009). Problem solving moderates the effects of life events stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *Journal of Clinical Psychology*, 34, 62-75.
- Guerra, C., & Plaza, H. (2009). Tratamiento cognitivo conductual del estrés postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*, 193-2009.
- Gunnar, M., Doom, J., & Esposito, E. (2015). Psychoneuroendocrinology of stress. Normative development and individual differences. En M. Lamb, & R. Lerner, *Handbook of child psychology and developmental science. Volumen*

3. *Socioemotional processes* (págs. 106-151). Hoboken, New Jersey, EEUU: John Wiley & Sons.
- Haker, K. (2011). *Observed parenting and children's coping strategies: crossectional and prospective relations in the context of a family group cognitive behavioral intervention (Tesis de Maestría, Vanderbilt University)*.
- Hanten, G., Wilde, E., Menefee, D., Li, X., Lane, S., Vasquez, C., . . . Levine, H. (2008). Correlates of social problem solving during the first year after traumatic brain injury in children. *Neuropsychology, 22*(3), 357-370.
- Hart, K., & Morgan, J. (1993). Cognitive-Behavioral Procedures with Children. Historical Context and Current Status. En A. Finch, W. Michael, & E. Ott, *Cognitive-Behavioral Procedures with Children and Adolescents. A Practical Guide* (págs. 1-24). Needham Heights, EUA: Allyn and Bacon.
- Hazlett-Stevens, H., & Craske, M. (2004). Brief Cognitive-Behavioral Therapy: Definition and Scientific Foundations. En F. Bond, & W. Dryden, *Handbook of brief cognitive behavioral therapy* (págs. 1-20). Chichester, Inglaterra: John Wiley & Sons Ltd.
- Hernández, L., Benjet, C., Andar, M., Bermúdez, G., & Gil, F. (2010). *Guía clínica para el tratamiento psicológico de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. México, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
- Hernández, S. (2011). *Estilos de afrontamiento ante eventos estresantes en la infancia (Tesis de Licenciatura)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hernández, S., & Gutiérrez, M. (2012). Estilos de Afrontamiento ante Eventos Estresantes en la Infancia. *Acta de investigación en psicología, 2*(2), 687-698.
- Holstead, J., & Dalton, J. (2013). Utilization of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) for children with cognitive disabilities. *Journal of Public Child Welfare, 7*(5), 536-548.
- Huffman, L., & del Carmen, R. (1990). Prenatal stress. En E. Arnold, *Childhood stress* (págs. 141-171). New York, New York, EEUU: John Wiley & Sons.
- I Can Problem Solve. (12 de Octubre de 2016). *I CAN PROBLEM SOLVE (ICPS)*. Obtenido de I Can Problem Solve: <http://www.icanproblemsolve.info/>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2016). *Estadísticas a propósito del día del niño (30 de abril)*. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Instituto Nacional de Salud Mental. (2010). *Afronte terapéutico para niños y adolescentes con trastornos de ansiedad*. Lima, Perú: Punto & Gráfica S-A.C.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 12-19.
- Jones, S., & Milburn, J. (1990). School-age stress. En E. Arnold, *Childhood stress* (pág. 223-246). New York, New York, EEUU: John Wiley & Sons.
- Kagan, J. (1983). Stress and coping in early development. En N. Garmezy, & M. Rutter, *Stress, coping, and development in children* (págs. 191-216). New York, EEUU: McGraw-Hill.

- Kazdin, A. (1995). Terapia de habilidades en solución de problemas para niños con trastornos de conducta. *Psicología conductual*, 3(2), 231-250.
- Kazdin, A. (2010). Problem-solving skills training and parent management training for oppositional defiant disorder and conduct disorder. En J. Weisz, & A. Kazdin, *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (págs. 2011-226). New York, EEUU: The Guilford Press.
- Kazdin, A., Esveldt-Dawson, K., French, N., & Unis, A. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 76-85.
- Kazdin, A., Siegel, T., & Bass, D. (1992). Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(5), 733-747.
- Kearney, C., Drabman, R., & Beasley, J. (1993). The trials of childhood: the development, reliability, and validity of the daily life stressors scale. *Journal of Child and Family Studies*, 2(4), 371-388.
- Kendall, P. (2010). *Tratamiento cognitivo-conductual para trastornos de ansiedad en niños. Manual para el terapeuta*. Buenos Aires, Argentina: AKADIA.
- Kendall, P. (2012). *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures*. New York, EEUU: The Guilford Press.
- Kendall, P. (2012). Guiding theory for therapy with children and adolescents. En P. Kendall, *Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures* (págs. 3-26). New York, EEUU: The Guilford Press.
- Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. Ciudad de México, México: McGraw Hill.
- Knell, S. (1997). Terapia de juego cognoscitivo-conductual. En K. O'Connor, & C. Schaefer, *Manual de terapia de juego. Avances e innovaciones. Volumen 2* (págs. 133-171). México, México: Manual Moderno.
- Knell, S. (2004). *Cognitive behavioral play therapy*. Lanham, Maryland, EEUU: Rowman & littlefield publishers.
- Knell, S. (2012). Terapia de juego cognitivo-conductual . En C. Schaefer, *Fundamentos de terapia de juego* (págs. 313-328). México, México: El Manual Moderno.
- Knell, S., & Desari, M. (2010). Cognitive-behavioral play therapy for preschoolers: integrating play and cognitive behavioral interventions. En C. Schaefer, *Play therapy for preschool children* (págs. 157-178). Washington D.C, EEUU: American Psychological Association.
- Kranzler, E. (1990). Parent death in childhood. En E. Arnold, *Childhood stress* (págs. 405-421). Ney York, New York, EEUU: John Wiley & Sons.
- Lazarus, R. (1993a). Coping theory and research: past, present and future. *Psychosomatic medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. (1993b). From psychological stres to the emotions: a history of changing outlooks. *Annual Review of Psycholog*, 44, 1-21.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, Barcelona, España: Martínez Roca.

- Leigh, A. (2011). Relationship among play, coping, stress and adjustment in young children. *Tesis Doctoral*. Ohio, Cleveland, EEUU: CASE WESTERN RESERVE UNIVERSITY, Department of Psychology.
- Levine, L., & Munsch, J. (2014). *Child development. An active learning approach*. Thousand Oaks, California, EEUU: SAGE.
- Levine, S. (1983). A psychobiological approach to the ontogeny of coping. En N. Garmezy, & M. Rutter, *Stress, coping, and development in children* (págs. 107-131). Ney York, New York, EEUU: McGraw-Hill.
- Lucio, E. (2014). Psicopatología infantil. En E. Lucio, & M. Heredia, *Psicopatología. Riesgo y tratamiento de los problemas infantiles* (págs. 1-25). México: Manual Moderno.
- Lucio, E., Durán, C., & Heredia, C. (2011). *Escala de Estrés para Niños (CEN). Versión para investigación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Lucio, E., Durán, C., & Heredia, C. (2015). *Escala Infantil de Afrontamiento (EIA). Versión para investigación*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Psicología.
- Mandil, J., Borgialli, R., Bunge, E., & Gomar, M. (2010). Recursos para una TCC amigable: juego, dibujos, metáforas y tecnología. En M. Gomar, J. Mandil, & E. Bunge, *Manual de terapia cognitivo comportamental con niños y adolescentes* (págs. 159-203). Buenos Aires, Argentina: Polemos.
- Martin, G., & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. México., México: Pearson Prentice Hall.
- Martínez-Otero, V. (2012). El estrés en la infancia: estudio de una muestra de escolares de la zona sur de Madrid capital. *Revista Iberoamericana de Educación*, 2(59), 1-9.
- McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1988). *Técnicas cognitivas para el tratameinto del estrés*. Barcelona, Barcelona, España: Martínez Roca.
- Morales, F. (2008). *Evaluación del afrontamiento infantil: estudio inicial de las propiedades de un instrumento*. Tesis doctoral, Universidad de Málaga, Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación, Málaga.
- Morales, F., & Trianes, V. (2010). Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. *Eupean Journal of Education and Psychology*, 3(2), 275-286.
- Morales-Rodríguez, F., Trianes, M., Blanca, M., Miranda, J., Escobar, M., & Fernández-Baena, F. (2012). Escala de Afrontamiento para Niños (EAN): propiedades psicométricas. *Anales de Psicología*, 28(2), 457-483.
- Moss, R. (1995). Development and applications of new measures of life stressors, social resources and coping responses. *European Journal of Psychological Assesment*, 11(1), 1-13.
- Moss, R., & Schaefer, J. (1993). Coping resources and processes: current concepts and measures. En L. Goldberg, & S. Breznitz, *Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects* (págs. 234-257). New York, EEUU: The Free Press.
- Muñoz, C. (2012). Estrés en la niñez intermedia: un análisis bibliométrico de la producción científica publicada entre los años 1990-2010 en bases de datos

- ISI (Institute Scientific Information), Thompson Coportation. *Tesis de licenciatura*. Talca, Chile: Universidad de Talca, Facultad de Psicología.
- Mustaca, A. (2004). Tratamiento psicológico eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(1), 11-20.
- National Child Traumatic Stress Network. (2008). *How to implement trauma-focused cognitive behavioral therapy*. National Center for Child Traumatic Stress. Durham: Child Sexual Abuse Task Force and Research & Practice Core, National Child Traumatic Stress Network.
- Nezu, A., & Nezu, C. (2001). Problem solving therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(2), 187-205.
- Nezu, A., Nezu, C., & D'Zurilla, T. (2014). *Terapia de solución de problemas*. Bilbao, España: DESCLEEE DE BROUWER.
- Nims, D. (2012). Terapia de juego enfocada en la solución: ayudar a los niños y a las familias a encontrar soluciones. En C. Schaefer, *Fundamentos de terapia de juego* (págs. 297-312). México, México: El Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Evaluación y manejo de condiciones específicamente relacionadas con el estrés: módulo de la guía de intervención mhGAP*. Washington D.C., EE UU: Organización Panamericana de la Salud.
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa, A., & Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología*, 19(2), 193-204.
- Oros, L., & Vogel, G. (2005). Eventos que generan estrés en la infancia: diferencias por sexo y edad. *Enfoques*, 17(1), 85-101.
- Osika, W., Währborg, P., & Friberg, P. (2007). A new short self-rating questionnaire to assess stress in children. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(2), 108-117.
- Pahl, K., & Barret, P. (2010). Intervention for anxiety disorders in children using group cognitive-behavioral therapy with family involvement. En J. Weisz, & A. Kazdin, *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (págs. 61-79). New York, EEUU: The Guilford Press.
- Pellegrini, D., & Urbain, E. (1985). An evaluation of interpersonal cognitive problem-solving training with children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), 17-41.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé. Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid, España: Síntesis.
- Rabiner, D., Lenhart, L., & Lochman, J. (1990). Automatic versus reflective social problem solving in relation to children's sociometric status. *Developmental Psychology*, 26(6), 1010-1016.
- Reddy, A. (2012). *Group play interventions for children: strategies for teaching prosocial skills*. Washington DC, EEUU: American Psychological Association.
- Reddy, L. (2010). Group play interventions for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. En A. Drewes, & C. Schaefer, *School-based*

- play therapy* (págs. 307-329). Hoboken, New Jersey, EEUU: John Wiley & Sons.
- Reddy, L., Springer, C., Files-Hall, T., Schmelzer, E., Hauch, Y., Braunstein, D., & Atamanoff, T. (2005). Childhood ADHD multimodal program: an empirically supported. En L. Reddy, T. Files-Hall, & C. Schaefer, *Empirically based play interventions for children* (págs. 145-167). Washington DC, EEUU: American Psychological Association.
- Reinecke, M., Dattilio, F., & Freeman, A. (1996). General issues. En M. Reinecke, F. Dattilio, & A. Freeman, *Cognitive therapy with children and adolescents* (págs. 1-9). New York, EEUU: The Guilford Press.
- Rew, L., Principe, C., & Hannah, D. (2012). Changes in stress and coping during late childhood and preadolescence. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25, 130-140.
- Richard, B., & Dodge, K. (1982). Social maladjustment and problem solving in school-aged children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(2), 226-233.
- Richaud de Minzi, M. (2006). Evaluación del afrontamiento en niños de 8 a 12 años. *Revista mexicana de psicología*, 23(2), 193-201.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Madrid, España: Paidós.
- Rivera, J. (2013). Investigación sobre estrés, enfoque a estrés infantil. *Revista en Ciencias Sociales y Humanidades Apoyadas por Tecnologías*, 2(2), 62-83.
- Rothbaum, F., Weisz, J., & Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: a two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 5-37.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2013). *Manual de Técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Henao, España: DESCLÉE DE BROUWER.
- Ruma, C. (2004). CBPT with sexually abused children. En S. Kneel, *Cognitive behavioral play therapy* (págs. 197-230). Lanham, Maryland, EEUU: Rowman & littlefield publishers.
- Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22(4), 323-356.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International journal of clinical and health psychology*, 3(1), 141-157.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. Madrid, Madrid, España: McGraw-Hill.
- Secerataría de Salud. (2012). *Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México*. México, Distrito Federal: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología.
- Secretaría de Salud. (2011). *Diagnóstico y manejo del estrés postraumático*. México, México: CENETEC.
- Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston, Massachusetts, EEUU: Butterwoth.
- Shure, M. (1993). I Can Problem Solve (ICPS): interpersonal cognitive problem solving for young children. *Early Child Development and Care*, 96(1), 49-64.
- Skinner, E. A., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2009). Challenges to the developmental study of coping. En E. A. Skinner, & M. J. Zimmer-Gembeck, *Coping and*

- the development of regulation. New Directions for Child and Adolescent Development* (págs. 5-17). San Francisco, EEUU: Jossey-Bass.
- Skinner, E., & Edge, K. (1998). Reflections on coping and development across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 22(2), 357-366.
- Skinner, E., & Zimmer-Gembeck, M. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58, 119-144.
- Skinner, E., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*, 129(2), 216-269.
- Smith, C., & Carlson, B. (1997). Stress, coping and resilience in children and youth. *Social Service Review*, 71(2), 231-256.
- Sontag, L., & Graber, J. (2010). Coping with perceived peer stress: gender-specific and common pathways to symptoms of psychopathology. *Developmental psychology*, 46(6), 1605-1620.
- Spirito, A., Stark, L., & Williams, C. (1988). Development of a brief coping checklist for use with pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology*, 13(4), 555-574.
- Springer, C., & Misurell, J. (2010). Game-based cognitive-behavioral therapy (GB-CBT): an innovative group treatment program for children who have been sexually abused. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3, 163-180.
- Stallard, P. (2007). *Pensar bien-sentirse bien*. Bilbao, España: DESCLÉE DE BROUWER.
- Stewart, J., Christner, R., & Freeman, A. (2011). An Introduction to Cognitive-Behavior Group Therapy with Youth. En R. Christner, J. Stewart, & A. Freeman, *Handbook of cognitive-behavior therapy with children and adolescents. Specific Settings and presenting problems* (págs. 3-21). New York, EUA: Routledge. Taylor & Francis Group.
- Stone, M. (2007). CBT group treatment with children and adolescents: what makes for effective group therapy? En R. Christner, J. Stewart, & A. Freeman, *Handbook of cognitive-behavior group therapy with children and adolescents. Specific settings and presenting problems* (págs. 23-37). New York, EEUU: Routledge.
- Szigethy, E., Weisz, J., & Findling, R. (2012). *Cognitive-behavioral for children and adolescents*. Washington DC, EEUU: American Psychiatric Association.
- Tisdelle, D., & Lawrence, J. (1986). Interpersonal problem-solving competency: review and critique of the literature. *Clinical Psychology Review*, 6(1), 337-356.
- Toomey, B., & Christie, D. (1990). Social stressors in childhood: poverty, discrimination, and catastrophic events. En E. Arnold, *Childhood stress* (págs. 423-). New York, New York, EEUU: John Wiley & Sons.
- Trad, P., & Greenblatt, E. (1990). Psychological Aspects of Child Stress: Development and the Spectrum of Coping Responses. En E. Arnold, *Childhood stress* (págs. 23-49). New York, New York, EEUU: John Wiley & Sons.
- Trianes, M., Blanca, M., Fernández, F., Escobar, M., Maldonado, E., & Muñoz, A. (2009). Evaluación del estrés infantil: Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (IIEC). *Psicothema*, 21(4), 598-603.

- Trianes, M., Blanca, M., Fernández-Baena, F., Escobar, M., & Maldonado, E. (2012). Evaluación y tratamiento del estrés cotidiano en la infancia. *Papeles del Psicólogo*, 33(1), 30-35.
- Urbain, E., & Kendall, P. (1989). Review of social-cognitive problem solving with children. *Psychological Bulletin*, 88(1), 105-143.
- Valentiner, D., Holahan, C., & Moss, R. (1994). Social support, appraisals of event controllability and coping: an integrative model. *Journal of personality and social Psychology*, 66(6), 1094-1102.
- Verduzco, M. (2004). *Autoestima, estrés y afrontamiento desde el punto de vista del desarrollo (Tesis doctoral)*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Verduzco, M. (2006). La autoestima, estrés y afrontamiento desde la perspectiva de niños y niñas escolares. *Hologramática*, 2(5), 59-70.
- Verduzco, M., Lucio, E., & Durán, C. (2004). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento. *Salud Mental*, 27(4), 18-25.
- Waxmonsky, J., Wymbs, F., Pariseau, M., Belin, P., Waschbusch, D., Babocsai, L., . . . Pelham, W. (2012). A novel group therapy for children with ADHD and severe mood dysregulation. *Journal of Attention Disorders*, 17(6), 527-541.
- Yule, W. (2001). Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *International review of Psychiatry*, 13(3), 194-200.
- Zimmer-Gembeck, M., & Skinner, E. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: an integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17.
- Zimmer-Gembeck, M., Lees, D., & Skinner, E. (2011). Children's emotions and coping with interpersonal stress as correlates of social competence. *Australian Journal of Psychology*, 63, 131-141.
- Zimmer-Gembeck, M., Lees, D., Bradley, G., & Skinner, E. (2009). Use of an analogue method to examine children's appraisals. *Motivation and Emotion*, 33(2), 136-149.

Apéndice A. Descripción de la sede

La propuesta de intervención expuesta en el presente trabajo fue llevada a cabo en el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes” (CCAPV). Dicho espacio se encuentra ubicado en la Colonia “Los Volcanes” en la Delegación Tlalpan, zona sur de la Ciudad de México (CDMX).

El CCAPV fue creado debido a la iniciativa del “Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur” (MPPCS) debido a la necesidad de atender la creciente cantidad de problemas de carácter conductual, emocional, de aprendizaje y familiar, entre otros, de la población de tal delegación (aunque se reciben pacientes provenientes de otras zonas de la CDMX). Así pues, en noviembre de 2004, a partir de un convenio establecido entre la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y el MPPCS, se inaugura el CCAPV.

En la actualidad, en dicho centro comunitario se brinda atención psicoterapéutica a niños, adolescentes y adultos, en las modalidades: terapia individual, de pareja, familiar y grupal, además de llevar a cabo trabajo preventivo mediante conferencias, talleres y orientación, entre otras acciones comunitarias.

Además de la atención a la comunidad, el CCAPV tiene como objetivo apoyar en el desarrollo profesional de estudiantes de la Facultad de Psicología (de nivel Licenciatura y Posgrado) a través de la formación en la práctica y el servicio social, participando en entrevistas de carácter clínico, actividades preventivas,

diagnósticas, psicoterapéuticas y de investigación, las cuales se encuentran supervisadas por los profesores responsables especializados en diferentes enfoques teóricos-metodológicos de la Psicología, coordinados por la responsable del CCAPV: Mtra. María Asunción Valenzuela Cota, quien se encarga de generar un ambiente dinámico, responsable, armonioso y ético de trabajo.

El CCAPV cuenta con una sala para terapeutas, la cual puede ser utilizada, en caso de requerirlo, como espacio para procesos terapéuticos grupales o familiares; un espacio donde hay computadoras para facilitar la labor del personal y otro donde se guardan los expedientes de los pacientes; tres consultorios destinados para trabajo con adolescentes y adultos, los cuales cuentan con el espacio suficiente para atender a las familias de los pacientes, aunque son más apropiados para el trabajo individual; y dos consultorios adecuados para niños, uno de ellos, debido a su mayor tamaño, suele ser ocupado para el trabajo terapéutico grupal y familiar.

Apéndice B. Instrumentos de evaluación

A continuación se presentan las carátulas e instrucciones de los instrumentos ocupados (en caso de querer explorar los instrumentos por completo, se recomienda que se dirija con las autoras de éstos) para la evaluación de los tipos de afrontamiento utilizados por los niños y los niveles de estrés experimentados por éstos: *Escala Infantil de Afrontamiento (EIA)* [Lucio, Durán & Heredia, 2015], y *Escala de Estrés para Niños (CEN)* [Lucio, Durán & Heredia, 2011].

Escala Infantil de Afrontamiento (EIA)

ID _____

Escala Infantil de Afrontamiento (EIA)

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

Proyecto PAPIIT IN305613-3

Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Mtra. Consuelo Durán Patiño
Mtra. María Cristina Heredia Ancona
2015

Tercera versión 2015

Escala Infantil de Afrontamiento (EIA)

Nombre: _____ Edad: _____
Escuela: _____ Turno: _____
Grupo: _____ Sexo: Niño() Niña() Fecha: _____

Instrucciones

Se te presentará una lista de cosas que tú puedes hacer cuando te pasa algo que te molesta o te preocupa. Marca con una X el cilindro que indica qué tanto utilizas alguna de estas cosas.

Sólo puedes marcar un cilindro por enunciado.

Ejemplo:

¿Qué haces cuando algo te molesta o te preocupa?

Me quedo quieto (a)



Nunca



Pocas veces



Muchas veces



Siempre

Este niño(a) se queda quieto(a) **muchas veces** cuando algo le molesta o le preocupa.

Si tienes alguna pregunta o no comprendes alguna palabra puedes levantar la mano y con gusto iremos hasta tu lugar para ayudarte.



Escala de Estrés para Niños (CEN)

Cuestionario para niños (CEN)

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

Proyecto PAPIIT IN308310



Dra. Emilia Lucio Gómez-Maqueo
Mtra. Consuelo Durán Patiño
Mtra. María Cristina Heredia Ancona
2011

Nombre: _____ Edad: _____
 Escuela: _____ Turno: _____
 Grupo: _____ (Hombre) (Mujer) Fecha: _____

¿Tienes hermanos? (Si) (No)

Qué lugar ocupas entre tus hermanos: 1º 2º 3º 4º o más

Instrucciones

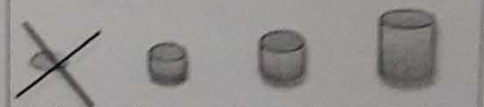
A continuación se presentan una serie de situaciones que te pueden pasar. Por favor marca con una X el cilindro que representa cuánto te molesta o te preocupa cada una de ellas.

(El tamaño del cilindro indica la cantidad en que te molesta).

Sólo puedes marcar un cilindro por pregunta.


Ejemplo:

Me molesta o me preocupa...

Levantarme temprano	
---------------------	---

A este niño **No le molesta o le preocupa** levantarse temprano.

Me molesta o me preocupa ...

Levantarme temprano	
---------------------	--

A este otro niño **le molesta o le preocupa Bastante** levantarse temprano.

Si tienes alguna pregunta o no comprendes alguna palabra puedes levantar tu mano y con gusto iremos hasta tu lugar para ayudarte...

Apéndice C. Evaluación conductual

De manera general, para realizar la evaluación conductual, la cual mide la efectividad de los participantes del grupo terapéutico para realizar conductas representativas de cinco elementos de la TSP (Nezu et al., 2014): Exteriorización, Detenerse, Enfriarse (enlentecerse), Pensar y Actuar, trabajados a lo largo del tratamiento terapéutico, se consideraron los siguientes aspectos:

- Verbalizaciones que reflejaran la comprensión de los elementos que forman parte de la TSP (Nezu et al., 2014) revisados en las sesiones; por ejemplo: “me detuve cuando me sentí enojado porque mi hermano me pegó”, o referir alguna posible solución adaptativa: “externarle mis dudas a la maestra respecto a cómo realizar la tarea”.
- Acciones implicadas en los elementos de la TSP (Nezu et al., 2014), tanto dentro como fuera del consultorio, por ejemplo: observar la realización de alguna acción para solucionar un problema o para regular las emociones.

En función de los dos aspectos anteriormente planteados, se registró la frecuencia, mediante la observación de los videos de las sesiones, con la que ocurrían expresiones conductuales referentes a los cinco elementos que forman parte de la TSP (Nezu et al., 2014): Exteriorización, Detenerse, Enfriarse (enlentecerse), Pensar y Actuar, de acuerdo con una escala de calificación numérica que contempla puntuaciones de cero a tres, las cuales indican la

efectividad de los niños para realizar conductas implicadas en cada elemento trabajado. A continuación, se presenta la escala de calificación (Tabla B1) y se describen los cinco elementos de la TSP.

Tabla B1

Escala de calificación numérica para la evaluación conductual

Escala de calificación numérica	
Descripción	Puntuación (grado de efectividad al realizar conductas)
La actividad se realizó apropiadamente en todos los aspectos, sin instigación ni guías de ningún tipo después de la presentación de las instrucciones o preguntas específicas.	3
La actividad se realizó apropiadamente sólo después de las instrucciones o preguntas específicas y de algunas instigaciones o guías verbales: una a dos, por parte del terapeuta.	2
La actividad se realizó con suficiencia tras las instrucciones o preguntas específicas e instigaciones o guías verbales más insistentes: de tres a cuatro.	1
La actividad se realizó correctamente tras superar el nivel de instigación o guía previo.	0

1. Exteriorización: identificación y definición del problema y sus componentes y características.

- Verbalizaciones, escritos y técnicas de expresión artística (dibujos, esculturas, etcétera) empleadas para narrar o describir un problema (componentes y características).

2. Detenerse: frenar las acciones que se realizan en el momento en el que surgen emociones intensas de carácter negativo.

- Observar el cese de acciones ante la experiencia de alguna emoción intensa de carácter negativo ante un problema.
- Referencias acerca del cese de las acciones que se realizaban mientras se experimentaban emociones intensas de carácter negativo debido a un problema.

3. Enfriarse: reducir, mediante estrategias adaptativas, la intensidad de la experiencia emocional.

- Observación o referencia a acciones realizadas para regular la emoción de carácter negativo, por ejemplo, mediante las técnicas de enfriamiento: soy un globo, o espagueti duro y espagueti blando, y hablar con alguien o algo, entre otras.
- Reconocimiento de ocasiones en que se debió reducir la intensidad de la emoción a través del empleo de alguna estrategia.

4. Pensar: proponer diversos planes de acción adaptativos para resolver el problema o regular las emociones de carácter negativo.

- Hacer referencia a posibles alternativas u opciones de acción adaptativas que puedan ser llevadas a cabo por el paciente, incluyendo el pedir ayuda a alguien más.

5. Actuar: seleccionar una de las alternativas de solución previamente propuestas y llevarla a cabo.

- Elegir una alternativa de solución y ejecutarla, ya sea dentro o fuera del consultorio (se toman en cuenta las referencias que se hagan al respecto).

-

Apéndice D. Análisis de cambio clínico

A partir de lo establecido por Jacobson y Truax (1991), para establecer el punto de corte, que determina si los cambios son clínicamente significativos (ya sea de manera positiva o negativa, cuando la puntuación del postest rebasa el punto de corte; aunque este puntaje bisagra no determina si el cambio es o no estadísticamente confiable), del instrumento *CEN* (Lucio, Durán & Heredia, 2011) se empleó la fórmula: $C^{ii} = \frac{(D_d \times M_f + D_f \times M_d)}{(D_d + D_f)}$ (donde D_d es el desvío estándar de la población disfuncional, o grupo en tratamiento, D_f el desvío estándar de la población funcional, M_f la media de la población funcional y M_d la media de la población disfuncional) pues se conocían los datos de la población funcional (no clínica) y se asumió que las varianzas de ambos grupos son diferentes (población clínica y no clínica).

En el caso del instrumento de afrontamiento *EIA* (Lucio, Durán & Heredia, 2015), se emplearon dos fórmulas para determinar el punto de corte: (a) para los tipos de afrontamiento disfuncional, emocional y evitativo se ocupó la fórmula $a = M_d + (-2D_d)$ [donde M_d es la media del pretest de la población disfuncional y D_d es la desviación estándar de esta población en el pretest], pues se desconocían los datos de la población funcional y debido a que las mejorías se ven representadas por reducciones en las puntuaciones de estos tipos de afrontamiento; y (b) para el tipo de afrontamiento funcional se utilizó la fórmula $a = M_d + 2D_d$ (M_d corresponde a la media del pretest de la población disfuncional y D_d es la desviación estándar de esta población en el pretest), ya que se

desconocían los datos de la población funcional y debido a que las mejorías se ven representadas por incrementos en la puntuación de este tipo de afrontamiento (Gómez & Roussos, 2012; Jacobson & Truax, 1991).

Respecto al Índice de Confiabilidad de Cambio (ICC), el cual determina si los cambios son estadísticamente confiables o si se deben al azar, se aplicó la fórmula $\frac{(X_{post}-X_{pre})}{\sqrt{2(D_{pre}\sqrt{1-r_{xx}})^2}}$ (donde X_{post} es la puntuación posttest, X_{pre} la puntuación pretest, D_{pre} la desviación estándar de la muestra previo al tratamiento y r_{xx} es el Alfa de Cronbach del instrumento empleado) tomando en cuenta que en el caso de las puntuaciones de estrés y los tipos de afrontamiento Disfuncional, Emocional y Evitativo el criterio para establecer cambios estadísticamente confiables indica que las puntuaciones resultantes de la fórmula del ICC deben ser inferiores o iguales a -1.96, pues las mejorías en estos factores se expresan en una disminución de las puntuaciones en los instrumentos, por el contrario, si la puntuación es igual o superior a 1.96 se considera un deterioro estadísticamente confiable. En el caso del Afrontamiento Funcional, el criterio indica que las puntuaciones deben ser superiores o iguales a 1.96 para considerarse una mejoría estadísticamente confiable, pues ésta se expresa mediante el incremento de la puntuación en el instrumento, por el contrario, una puntuación igual o inferior a -1.96 se considera como un deterioro estadísticamente confiable (Gómez & Roussos, 2012; Jacobson & Truax, 1991).

Apéndice E. Cartas descriptivas de las sesiones

Tabla E1

Carta descriptiva de la sesión 1

Fecha: 23.septiembre.2015.

Tiempo de sesión: 90 min.

Objetivo de la sesión: conocer los problemas que enfrenan los menores.

Actividad/técnica	Tiempo	Objetivo	Materiales
Presentación de terapeutas y participantes	15 min.	Que conozcan a los terapeutas a cargo del grupo y la observadora que estará presente en las sesiones. Que los participantes comiencen a conocerse entre sí.	-Etiquetas. -Plumones, colores, etc. -Diurex.
Presentar objetivo general del grupo y estructura de éste.	15 min.	Que conozcan, de manera general, el objetivo que se pretende alcanzar al concluir las sesiones grupales. Que conozcan la forma de trabajo: establecer acuerdos.	-Juguetes varios: muñecos, títeres. -Plumas y hojas.
Explorar motivos de	40 min.	Exteriorizar: conocer los problemas que enfrentan los	-Materiales varios:

consulta. “Expresando mi problema”. -“Pregunta del milagro”. -Excepciones.		participantes del grupo y sus características (cuándo ocurren, cuándo no, bajo qué circunstancias, etc.) y lo que implicaría resolver el problema.	plumones, colores, hojas. Juguetes varios: plastilina, muñecos, títeres.
Mensaje de solución: ¿Qué aprendí hoy para solucionar mi problema?	10 min.	Que los niños expresen lo aprendido durante la sesión.	-Formato de tarea. -Hojas, lápices, colores, etc. -Juguetes varios: plastilina, muñecos, títeres, etc.
Tarea	5 min.	Escribir o dibujar (con referentes escritos) acerca de eventos en los que se presenten los problemas de los niños durante la semana.	- Formato de tarea.
Recoger	5 min.		

Tabla E2

Carta descriptiva de la sesión 2

Fecha: 30.septiembre.2015.

Tiempo de sesión: 90 min.

Objetivo de la sesión: conocer los problemas que enfrenan los menores (concluir actividades de la sesión anterior).

Actividad/técnica	Tiempo	Objetivo	Materiales
Saludar.	10 min.	Explorar eventos significativos que ocurrieron durante la semana.	
Juego libre y recoger.	20 min.	Observar el juego y la interacción entre los niños durante éste.	-Juguetes varios: Todos los disponibles.
Revisión de la tarea.	15 min.	Conocer características de los problemas.	
Continuar actividad: -“Pregunta del milagro”. -Excepciones.	25 min.	Exteriorizar: conocer los problemas que enfrentan los participantes del grupo y sus características (cuándo ocurren, cuándo no, bajo qué circunstancias, etc.) y lo que implicaría resolver el problema.	-Materiales varios: plumones, colores, hojas. Juguetes varios: plastilina, muñecos, títeres.

Mensaje de solución: ¿Qué aprendí hoy para solucionar mi problema?	10 min.	Que los niños expresen lo aprendido durante la sesión.	-Formato de tarea. -Hojas, lápices, colores, etc. -Juguetes varios: plastilina, muñecos, títeres, etc.
Tarea	10 min.	Escribir o dibujar (con referentes escritos) acerca de eventos en los que se presenten los problemas de los niños durante la semana. Identificar: antecedentes a los problemas y reacciones: emocionales, conductuales, sensaciones corporales y pensamientos. Aplicar lo aprendido en sesión.	- Formato de tarea.

Tabla E3

Carta descriptiva de la sesión 3

Fecha: 14.octubre.2015.

Tiempo de sesión: 90 min.

Objetivo de la sesión: conocer los problemas que enfrenan los menores conocer y explicar la relación entre las reacciones: emocionales, conductuales, sensaciones corporales y pensamientos.

Actividad/técnica	Tiempo	Objetivos específicos	Materiales
Saludar	20 min.	Explorar eventos significativos que ocurrieron durante la semana.	
Continuar actividad: -“Pregunta del milagro”.	15 min.	Exteriorizar: conocer los problemas que enfrentan los participantes del grupo y sus características (cuándo ocurren, cuándo no, bajo qué circunstancias, etc.) y lo que implicaría resolver el problema.	-Materiales varios: plumones, colores, hojas. Juguetes varios: plastilina, muñecos, títeres, etc.

Revisión de la tarea y explicación de la relación entre reacciones.	35 min.	<p>Conocer características de los problemas: reacciones emocionales, conductuales, sensaciones corporales y pensamientos, así como acciones para afrontarlos.</p> <p>Explicar la relación entre las reacciones: emocionales, conductuales, sensaciones corporales y pensamientos.</p>	<p>-Tarea.</p> <p>-Pizarrón y plumones.</p> <p>-Formatos de siluetas.</p>
Mensaje de solución: ¿Qué aprendí hoy para solucionar mi problema?	15 min.	Que los niños expresen lo aprendido durante la sesión.	<p>-Formato de tarea.</p> <p>-Hojas.</p> <p>-Lápices, colores, etc.</p> <p>Juguetes varios: plastilina, muñecos, títeres, etc.</p>
Tarea	5 min.	<p>Describir o dibujar eventos relacionados con el problema. Con la información anterior, concluir las siluetas: identificar antecedentes a los problemas y reacciones: emocionales, conductuales, sensaciones corporales y pensamientos.</p> <p>Aplicar lo aprendido en sesión.</p>	<p>- Formato de tarea.</p> <p>-Formato de siluetas.</p>

Tabla E4

Carta descriptiva de la sesión 4

Fecha: 21.octubre.2015.

Tiempo de sesión: 90 min.

Objetivo de la sesión: presentación del modelo DEPA. Énfasis en Detenerse.

Actividad/técnica	Tiempo	Objetivos específicos	Materiales
Saludar	15 min.	Explorar eventos significativos que ocurrieron durante la semana.	
Juego libre y recoger.	20 min.	Observar el juego y la interacción entre los niños durante éste.	-Juguetes varios: Todos los disponibles.
Presentación del modelo: DEPA.	10 min.	Retomar lo mencionado la sesión anterior respecto a la relación entre reacciones. Explicar el modelo DEPA.	-Tareas de los niños: siluetas (ABC)
Trabajo DEPA: énfasis en Detenerse.	30 min.	Los niños representarán sus problemas, de manera libre, para poder ensayar la postura de detenerse ante sus problemas.	-Juguetes.
Mensaje de solución: ¿Qué aprendí hoy para solucionar mi problema?	10 min.	Que los niños expresen lo aprendido durante la sesión.	-Formato de tarea. -Hojas. -Lápices, colores, etc.

Juguetes varios:
plastilina, muñecos,
títeres, etc.

Tarea	5 min.	Describir o dibujar eventos relacionados con el problema. Con la información anterior, concluir las siluetas: identificar antecedentes a los problemas y reacciones: emocionales, conductuales, sensaciones corporales y pensamientos. Aplicar lo aprendido en sesión.	-Formato de tarea. -Formato de siluetas.
-------	--------	---	---

Tabla E5

Carta descriptiva de la sesión 5

Fecha: 28.octubre.2015.

Tiempo de sesión: 90 min.

Objetivo de la sesión: retomar y aclarar el objetivo del tratamiento.

Actividad/técnica	Tiempo	Objetivos específicos	Materiales
Saludar	15 min.	Explorar eventos significativos que ocurrieron durante la semana.	
Juego libre y recoger.	15 min.	Observar el juego y la interacción entre los niños durante éste.	-Juguetes varios: Todos los disponibles.
Retomar y aclarar.	45 min.	¿Por qué estamos en terapia?: objetivos y modelo terapéutico. Reflexión acerca del proceso: qué me ha gustado y qué no. ¿Por qué hacemos lo que hacemos?: ejercicios y tareas.	-Juguetes y materiales disponibles en el consultorio.
Mensaje de solución: ¿Qué aprendí hoy para solucionar mi problema?	10 min.	Que los niños expresen lo aprendido durante la sesión.	-Formato de tarea. -Hojas. -Lápices, colores, etc. Juguetes varios:

plastilina, muñecos,
títeres, etc.

Tarea	5 min.	Describir o dibujar eventos relacionados con el problema. Con la información anterior, concluir las siluetas: identificar antecedentes a los problemas y reacciones: emocionales, conductuales, sensaciones corporales y pensamientos. Aplicar lo aprendido en sesión.	-Formato de tarea. -Formato de siluetas.
-------	--------	---	---

Tabla E6

Carta descriptiva de la sesión 6

Fecha: 04.noviembre.2015.

Tiempo de sesión: 90 min.

Objetivo de la sesión: retomar los problemas de los niños enfocados en la exteriorización y detenerse

Actividad/técnica	Tiempo	Objetivos específicos	Materiales
Saludar. Retomar estructura y objetivo.	20 min.	Explorar eventos significativos que ocurrieron durante la semana.	
Motivar a los niños al trabajo.		Explicar el objetivo del grupo: aprender a resolver problemas. Motivar a los niños hacia el trabajo, haciéndolo lo más dinámico posible.	
“Mi mundo”; “¡Observa, cuidado, tormenta!; “Dibuja una flor”.	50 min.	Enfocado en exteriorizar-detenerse: ¿Cómo es vivir en ese mundo?; ¿Cómo es el suelo e este mundo (qué pasa en él?; ¿Qué pasa por la mente de la planta?; ¿Como se siente la planta?	-Juguetes y materiales artísticos disponibles en el consultorio.
Mensaje de solución: ¿Qué aprendí hoy para	15 min.	Que los niños expresen lo aprendido durante la sesión.	-Formato de tarea. -Hojas, lápices,

solucionar mi problema?:

colores, etc.

actuado.

-Juguetes varios:
plastilina, muñecos,
títeres, etc.

Tarea

5 min.

Aplicar lo aprendido en sesión.

-Formato de tarea.

Tabla E7

Carta descriptiva de la sesión 7

Fecha: 11.noviembre.2015.

Tiempo de sesión: 90 min.

Objetivo de la sesión: fomentar el autorreconocimiento de expresiones faciales (enfocado en Detenerse y Enfriarse).

Actividad/técnica	Tiempo	Objetivos específicos	Materiales
Saludar. Retomar estructura y objetivo.	20 min.	Explorar eventos significativos que ocurrieron durante la semana.	
Motivar a los niños al trabajo.		Explicar el objetivo del grupo: aprender a resolver problemas (emocionales). Motivar a los niños hacia el trabajo, comprometiéndonos en hacerlo lo dinámico posible.	
Silueta de emociones. Apoyo: espejo para fomentar el autorreconocimiento de expresiones faciales.	50 min.	Trabajar reconocimiento y comprensión de sentimientos (enfocado a Detenerse y Enfriarse). Ligarlos a su problema. Inducir otras formas de enfriarse.	-Papel kraft y - Plumones. -Materiales artísticos varios.

Mensaje de solución: ¿Qué aprendí hoy para solucionar mi problema?: a elegir.	15 min.	Que los niños expresen lo aprendido durante la sesión.	-Formato de tarea. -Hojas, lápices, colores, etc. -Juguetes varios: plastilina, muñecos, títeres, etc.
Tarea	5 min.	Aplicar lo aprendido en sesión.	-Formato de tarea.

Tabla E8

Carta descriptiva de la sesión 8

Fecha: 18. noviembre. 2015.

Tiempo de sesión: 90 min.

Objetivo general de la sesión: trabajar técnicas de relajación (enfriarse).

Actividad/técnica	Tiempo	Objetivos específicos	Materiales
Saludar.	20 min.	Explorar eventos significativos que ocurrieron durante la semana.	
Recapitular lo trabajado en la sesión anterior: identificar expresiones faciales (Detenerse).	15 min.	Los niños dibujarán las expresiones faciales que recuerden. Luego compartirán en qué lugar de su cuerpo las sienten	
Relajación muscular: espagueti duro-espagueti blando.	35 min.	Los niños realizarán relajación muscular progresiva. Ciertas partes del cuerpo son espaguetis duros y luego pasan a ser espaguetis blandos.	Globos.
Respiración diafragmática: “soy un		Los niños jugarán a ser globos: practicarán inflando un globo, luego simularán tener un globo en sus estómagos (diafragma).	

globo”.		Se les indicará que piensen en una palabra que los ayude a relajarse.	
Mensaje de solución: ¿Qué aprendí hoy para solucionar mi problema?: a elegir.	15 min.	Que los niños expresen lo aprendido durante la sesión.	-Formato de tarea. -Hojas, lápices, colores, etc. -Juguetes varios: plastilina, muñecos, títeres, etc.
Tarea.	5 min.	Aplicar lo aprendido en sesión.	-Formato de tarea.

Tabla E9

Carta descriptiva de la sesión 9

Fecha: 25.noviembre.2015.

Tiempo de sesión: 90 min.

Objetivo general de la sesión: entregar manual para resolver problemas y ponerlo en práctica.

Actividad/técnica	Tiempo	Objetivos específicos	Materiales
Saludar.	20 min.	Explorar eventos significativos que ocurrieron durante la semana.	
Presentación del manual para resolver problemas	10 min.	Enseñar el manual. Se les explicara el funcionamiento del manual.	“Mi manual para resolver problemas”.
Poner en práctica el manual: diversos ensayos respecto a los problemas.	40 min	Los niños ensayarán el uso del manual, mediante la actuación/ejemplificación de sus problemas. Énfasis en Pensar y Actuar.	“Mi manual para resolver problemas”.
Mensaje de solución: ¿Qué aprendí hoy para solucionar mi problema?:	15 min.	Que los niños expresen lo aprendido durante la sesión.	-Formato de tarea. -Hojas, lápices, colores, etc.

a elegir.

-Juguetes varios:
plastilina, muñecos,
títeres, etc.

Tarea.

5 min.

Aplicar lo aprendido en sesión.

-Formato de tarea.

Tabla E10

Carta descriptiva de la sesión 10

Fecha: 02.diciembre.2015.

Tiempo de sesión: 90 min.

Objetivo general de la sesión: practicar el modelo terapéutico con ayuda del manual para resolver problemas.

Actividad/técnica	Tiempo	Objetivos específicos	Materiales
Saludar.	10 min.	Explorar eventos significativos que ocurrieron durante la semana.	
Ocupar el manual para resolver problemas: poner en práctica soluciones a su motivo de consulta:	40 min	Los niños ensayarán diferentes soluciones para sus problemas (motivo de consulta), ocupando el manual otorgado la sesión anterior. Enfatizar Pensar y Actuar.	-“Mi manual para resolver problemas”. -Juguetes y materiales artísticos disponibles en el consultorio.
Mensaje de solución: ¿Qué aprendí hoy para solucionar mi problema?: a elegir.	15 min.	Que los niños expresen lo aprendido durante la sesión.	-Formato de tarea. -Hojas, lápices, colores, etc. -Juguetes varios:

plastilina, muñecos,
títeres, etc.

Tarea.	5 min.	Aplicar lo aprendido en sesión.	-Formato de tarea.
--------	--------	---------------------------------	--------------------
