



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C.



ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA, DESDE EL ENFOQUE
COGNITIVO CONDUCTUAL: ESTUDIO DE CASO DE ANSIEDAD, EN UN MENOR DE 5
AÑOS”**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

CLAUDIA ANGELICA VARGAS MARTINEZ

ASESOR DE TESIS:

LIC. OMAR CASTILLEJOS ZÁRATE

Coatzacoalcos, Veracruz

Julio, 2019.



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.

INDICE

Objetivo general	3
Antecedentes históricos	4
Bases teóricas.....	8
Historia de la terapia cognitivo conductual.....	8
Enfoque cognitivo conductual.....	19
Terapia de juego cognitivo conductual.....	25
Terapia de juego grupal cognitivo conductual.....	29
Definición de ansiedad infantil.....	32
Diferencia de ansiedad infantil con otros conceptos.....	37
Ansiedad patológica	40
Modelos que explican la ansiedad.....	41
Causas de la ansiedad	43
Manifestaciones de la ansiedad	45
Consecuencias de la ansiedad	53
Capitulo 3 caso clínico	54

Objetivo general

Describir un plan de tratamiento de ansiedad en el menor Luis de 5 años

Objetivos específicos

Definir las conductas de ansiedad en niños

Describir las intervenciones terapéuticas a corto plazo en el caso de Luis de 5 años

Justificación

Actualmente en México debido a diversos factores sociales y ambientales ha aumentado los casos de ansiedad en menores de un rango de edad entre 5 a 12 años que es un rango de edad clave para el crecimiento, el desarrollo, la identidad y la formación del carácter.

Algunos niños con ansiedad no pueden quedarse solos en sus casas y rechazan alejarse de la misma si en ella se quedan las personas hacia quien sienten apego, suelen no ir a cumpleaños, ni dormir en la casa de nadie, ni salir de paseo con amigos, se resisten a ir a la escuela, campamentos o a realizar otras actividades, presentan pesadillas repetitivas que apelan a la separación, suelen dar muchas vueltas a la hora de acostarse, no quieren dormir solos o se pasan durante la noche a la cama de sus padres o hermanos, presentan síntomas físicos (dolor de cabeza, sensación de ahogo, dolor de estómago, vómitos) y quejas repetitivas sobre los mismos que aparecen cada vez que hay una posible separación, al alejarse de sus figuras de apego suelen manifestar retraimiento social, apatía, tristeza o dificultad para concentrarse, pueden experimentar miedo a la oscuridad, monstruos, ladrones, secuestradores, accidentes de auto, viajar en avión y otras situaciones que se perciban peligrosas para la integridad de la familia, pueden aparecer conductas coléricas cuando son forzados a la separación y debido a estas conductas desadaptativas pueden desencadenar en uno o más trastornos asociados.

Por tal motivo inició este trabajo de investigación tratar la problemática de Luis de 5 años de edad con ansiedad y así mejorar la conducta que impide a niños

como Luis a tener un sano desarrollo en alguna o varias áreas de su vida: personal, familiar, académica y social. Tratar la ansiedad a edades tempranas permite al infante desarrollar estrategias para controlar la ansiedad a corto plazo y con ello evitar posibles trastornos de ansiedad en la niñez o en la vida adulta.

Limitaciones

- Falta de disponibilidad de los padres para seguir el tratamiento al menor
- Información estadística de casos de ansiedad infantil en Coahuila

Marco teórico

Antecedentes teóricos de la investigación

Psicoterapia: La psicoterapia es un tratamiento psicológico que brinda un espacio para conocer los sentimientos, emociones y comportamiento del ser humano, logrando diferentes cambios en el sujeto. Bonet & Marín, (2010), manifiestan que “es un método de tratamiento de los trastornos físicos y psíquicos debido a conflictos intrapsíquicos conscientes e inconscientes sin resolver. Exige por parte del paciente un compromiso voluntario, colaboración, deseo y la posibilidad de entablar con el psicoterapeuta una relación interpersonal muy particular a la que se llama relación psicoterapéutica”, por lo que el lenguaje o el habla interviene como modo de comunicación. El fin ideal de la psicoterapia es permitir al paciente que encuentra soluciones por sí mismo de los conflictos intrapsíquicos teniendo en cuenta su pensamiento. Se aplica a diferentes circunstancias y situaciones del entorno del paciente de diversas edades basadas en varios enfoques de la psicología, más adelante se demuestra lo que consiste la psicoterapia en niños.

Angel (2016) llevó a cabo un estudio el cual tuvo como título evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: análisis de las propiedades psicométricas del Scared y del Casi – N en población infanto juvenil madrileña. Universidad

Complutense de Madrid. Tesis para optar el grado de doctor en Psicología Infantil y Juvenil. Tuvo como objetivo general analizar las propiedades psicométricas de dos auto informes que evalúan la ansiedad en la infancia y la adolescencia. La investigación fue no experimental, de diseño transversal – descriptivo y analítico. Se utilizaron dos instrumentos de evaluación, los cuales se organizaron en dos baterías, de este modo 475 estudiantes completaron el CASI – N y el SCARED lo hicieron los otros 529 estudiantes. Las conclusiones de la autora determinaron que los dos instrumentos permitieron evaluar correctamente la ansiedad infantil y la ansiedad en los jóvenes; pero que los resultados que mayor porcentaje brindaron fueron los de la ansiedad infantil, es decir, se encontró que los niños desarrollan mayor ansiedad que los jóvenes, esto debido a situaciones de desapego (cuando los padres los van dejando solos); egocentrismo (cuando tienen que compartir algo); pánico (cuando tienen temor a algo o alguien) y abuso (cuando han sido violentados física o sexualmente). Aránzazu (2013) desarrolló una tesis la cual llevó por título ansiedad infantil desde el análisis transaccional. UNED. Tesis para optar el grado de doctor en Psicología del Desarrollo. Planteó como objetivo general determinar la forma en que se produce la ansiedad infantil en los niños. La muestra fue de 1430 niños menores de cinco años. Para el presente estudio el autor trabajó con dos listas de cotejo, en las que observó situaciones que perturbaban la calma de los niños. El autor concluyó que los niños van desarrollando la ansiedad a través de cada etapa de desarrollo de sus vidas, esto se debe a que los padres con sus temores van provocando en los niños un sentimiento de miedo a equivocarse, a caerse, a golpearse, a salir mal en sus evaluaciones, etc. Por esta razón el autor considera que a medida que los estudiantes desarrollan su capacidad de anticipar mentalmente las situaciones y de comunicarse sin temor, lograrán sentir menos ansiedad. Rabadán (2012), en su investigación titulada problemas de conducta en el aula, tesis para optar el grado de magister en Psicología del Niño en la Universidad de Murcia, tuvo como objetivo general determinar los principales problemas de conducta en el aula, la muestra de estudio fue de 180 estudiantes de 5 años. El estudio correspondió al tipo de estudio descriptivo, diseño no experimental. La escala valorativa aplicada para esta investigación fue de 40 ítems,

en los que se indicaban algunas características específicas de problemas de conducta. Las conclusiones de la investigación determinaron la gran preocupación por la conducta agresiva de los niños, que a pesar de su corta edad muestran muchos comportamientos de violencia; mordeduras, ataques lanzando objetos, histeria, gritos, pataletas, etc. Las docentes del nivel inicial han hecho múltiples llamados a los padres de familia, incluso se han preparado una serie de reuniones y escuelas de padres, pero la indiferencia es sumamente grande. Cuando se logra establecer un mínimo vínculo con los papás, a la hora que recogen a sus niños, existe el compromiso, pero no la aceptación de que el niño tiene problemas, por lo tanto, es casi imposible que se llegue a contar con ellos. Otro punto que se encontró es que la institución educativa no cuenta con psicólogo y tiene una población considerable, por lo que realmente no se entiende a que se debe la falta de preocupación de las autoridades escolares por gestionar el apoyo necesario para los niños y familias que así lo requieren. De León (2010), realizó una investigación titulada relación paterno infantil y comportamiento escolar. Tesis para optar el grado de magister en la Universidad Nacional Enrique Guzmán y Valle – Lima. Tuvo como objetivo determinar los tipos de comportamiento que deben tener los niños. El estudio fue descriptivo correlacional de corte transversal, el diseño fue no experimental. Se aplicaron dos instrumentos para la recolección de datos, una lista de cotejo de 30 ítems para ansiedad infantil y una lista de cotejo de 20 ítems para comportamiento en el aula. La muestra de estudio correspondió a 130 niños de 5 años.

La conclusión final del autor determinó que muchos padres tienen a sus niños en compañía de sus abuelas, ya que trabajan tanto padres como madres, por lo tanto la autoridad la ejerce la abuela o la persona encargada de cuidar al niño. Esto provoca que el niño sea engreído, que quiera conseguir todo con facilidad o que simplemente no haga caso porque no está acostumbrado a los límites. De todos los niños que fueron observados, sólo un 20% de ellos viven con sus padres y su madre se queda con ellos, un 30% viven sólo con mamá y ella trabaja por lo que se quedan con sus hermanos mayores o personas encargadas y un 50% de los niños no tienen equilibrio emocional porque sus familias no son funcionales.

López (2012), en su tesis titulada comportamiento negativo en el aula, tesis para optar el grado de magister en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, tuvo como objetivo general describir el comportamiento negativo de los niños así como las posibles causas que lo originan o los factores que conducen a los niños a tener mala conducta. La muestra correspondió a 120 niños de 5 años de la institución educativa Fe y Alegría. El estudio fue descriptivo, el diseño no experimental. Las conclusiones de la investigación permitieron afirmar que, para intentar mejorar el comportamiento negativo de los estudiantes, es necesario saber cuáles son los estímulos que provocan que exista desorden en su conducta además de observar detenidamente que es lo que lo altera. Así mismo se requiere de información respecto a su entorno social y familiar (datos como, con quién vive, si sus padres están casados, separados o divorciados, o están en el extranjero, etc.) porque en ellos se encontrarán algunos factores que se relacionan con la mala conducta de los niños.

Chapi (2012) llevó a cabo una investigación sobre la satisfacción infantil, ansiedad y cólera – hostilidad en niños de dos instituciones educativas estatales de Lima. Tesis para optar el grado de magister en Psicología Educativa en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tuvo como objetivo general determinar la relación entre las variables satisfacción familiar, ansiedad y cólera con hostilidad. La muestra de estudio estuvo conformada por 320 estudiantes (168 varones y 162 mujeres) a quienes se les evaluó mediante la Escala de satisfacción Familiar (ESFA) y el inventario de ansiedad (STAI). El estudio fue de tipo descriptivo correlacional con diseño no experimental. Las conclusiones de la investigación dan cuenta que existen diferencias entre varones y mujeres respecto a las variables de estudio. Se demostró que las estudiantes mujeres son más ansiosas pero menos hostiles, en cambio los varones resultan menos ansiosos y demuestran control ante la cólera. Asimismo, se pudo determinar que la ansiedad en los estudiantes surge siempre por conflictos relacionados con el entorno familiar.

Bases teoricas

MODELO COGNITIVO – CONDUCTUAL

La Terapia Cognitivo Conductual puede definirse actualmente como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente. Desde los momentos iniciales, hace ya cinco décadas, en que la Terapia Conductual se adhería fuertemente a los principios y teorías del aprendizaje, una larga y compleja evolución se ha dado en esta disciplina habiéndose ampliando su sustentación teórica más allá de las teorías del condicionamiento, para pasar a considerar en la explicación del comportamiento humano factores y modelos procedentes de otros ámbitos de la psicología (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2005).

HISTORIA DE LA TERAPIA COGNITIVO - CONDUCTUAL.

Para poder hablar de la Terapia Cognitivo Conductual TCC, es necesario hablar de la Terapia de Conducta. La Terapia Conductual hace su aparición a mediados de los años cincuenta del siglo pasado, como alternativa radical a las psicoterapias imperantes de la época, posicionándose principalmente frente al modelo psicoanalítico.

Esta terapia parte de la idea de que toda conducta (adaptada y desadaptada) es aprendida y puede modificarse mediante los principios del aprendizaje. Los terapeutas se centraban en la conducta observable y el ambiente en el que se produce. Se desarrollaron para este análisis, el proceso de evaluación conductual, alternativa también radical a los sistemas de diagnósticos tradicionales, y se concibió una terapia empírica y fundamentada en la metodología experimental propia de la investigación científica.

La terapia de la conducta se configuró a partir del desarrollo científico de la psicología y tomó como elementos básicos de su cimentación las aportaciones de la psicología del aprendizaje para la comprensión y control de la conducta. El comienzo formal de la terapia conductual como enfoque terapéutico se gesta gradualmente, desde los desarrollos experimentales de la teoría del aprendizaje,

hasta las primeras aplicaciones clínicas de los principios que se extraían del laboratorio. El interés por la conducta desviada o desadaptada fue tomándose como objetivo principal.

Según Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), su evolución posterior, ha sido influida por los avances de otras áreas de la psicología y ha reflejado también la propia evolución de esta disciplina. La evolución de la terapia de la conducta se ha resumido, diferenciando secuencialmente lo que denominan tres generaciones en el desarrollo de la terapia cognitivo conductual.

Conceptualmente la primera generación de terapias de conducta hace referencia a una estrecha y exclusiva relación con las teorías del aprendizaje y estaría representada por el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediacional. En esta primera generación, el terapeuta de la conducta es básicamente un investigador que trata de aplicar las regularidades extraídas de la investigación básica de los problemas clínicos.

La segunda generación está marcada por la heterogeneidad en la terapia conductual; según la visión de los terapeutas de esta segunda generación, los principios del aprendizaje (condicionamiento) representan un contexto demasiado limitado para explicar el comportamiento humano, y se considera que la psicología experimental, cognitiva y social aportan elementos que pueden ser determinantes para explicar la complejidad de la conducta humana. Este hecho se ha mantenido debido a la permanencia de los terapeutas de conducta (ya más clínicos y menos investigadores) de una concepción de los procesos de condicionamiento desarrollados en los años 50 y 60.

Finalmente, la tercera generación de terapeutas que llegaría hasta la actualidad, incluiría a quienes tratan de retornar a los orígenes buscando nuevas alternativas terapéuticas, extrapolando los nuevos desarrollos de la psicología del aprendizaje y la psicología experimental; el concepto de multiplicidad de estímulos contingencias, y de contingencias competidoras, pasa a ser central.

A continuación, repasaremos estas tres etapas con mayor profundidad, atendiendo a los hechos más representativos de cada una de ellas.

Primera generación: el surgimiento de la terapia de conducta.

La ilustración del surgimiento de la identidad conceptual de la terapia de la conducta, es útil hacerla teniendo en consideración la clásica referencia geográfica a su desarrollo, pues, aun cuando es difícil establecer con precisión el momento y lugar de su aparición como movimiento formal, resulta una forma clara de describir cómo se fue originando la terapia conductual como un enfoque terapéutico con entidad propia.

El surgimiento en Sudáfrica: Joseph Wolpe va a ser el principal exponente de la terapia de la conducta en este entorno. Psiquiatra de formación psicodinámica, Wolpe estaba insatisfecho con la eficacia de los tratamientos utilizados para la neurosis, de tal forma que empieza a utilizar los principios del aprendizaje para abordar este tipo de problemas. Inicia su trabajo en el laboratorio con experimentos con animales a los que aplica los principios del aprendizaje, unidos a conceptos y procesos fisiológicos, recogiendo así los trabajos de Sherrington sobre inhibición recíproca. La base de sus investigaciones se centra en el trabajo sobre neurosis experimentales de Masserman y la obra de Hull.

Wolpe propuso el principio teórico de inhibición recíproca como base de la intervención que desarrollara la neurosis: la desensibilización sistemática que incluía la aproximación gradual a los estímulos evocadores de la ansiedad, así como la presentación del material ansiogénico en la imaginación, o con el uso de la hipnosis, y se basaba en procesos de aprendizaje que era explicados de manera precisa, detallada y científica, describiendo el proceso de aprendizaje y la competición de respuestas fisiológicamente antagónicas.

De esta forma, la “construcción” de la desensibilización sistemática representa el comienzo real de la moderna terapia conductual, ya que su trabajo supuso el compromiso sostenido con la investigación traducido después a la práctica clínica.

La difusión de la desensibilización sistemática contribuyó notablemente a la fundación de la terapia de conducta y a la potenciación del enfoque neoconductista como alternativa al tratamiento de los problemas emocionales. Esta difusión fue realizada por Wolpe y por los otros miembros del grupo de Sudáfrica: Rachman y Lazarus. Wolpe también difundió la desensibilización sistemática en EEUU a principios de los años sesenta, mientras que Rachman llevó esta técnica a Reino Unido. Por su parte, Lazarus colaboró en la difusión de la DS en EEUU. Este autor, llevó a cabo numerosas aplicaciones, por ejemplo su aplicación con formato en grupo, y el uso de una mayor diversidad de respuestas incompatibles con la ansiedad, como es la técnica de imaginación emotiva.

El surgimiento en Inglaterra: el surgimiento de la terapia de la conducta en Europa fue independiente del trabajo de Wolpe en Sudáfrica. En los años 50 había ya un grupo de personas en torno a Eysenck que llevaban a cabo aplicaciones prácticas de los principios de la terapia de la conducta. Yates, Shapiro y, posteriormente, autores tan relevantes como Gelder, Marks, Rachman y Meyer.

Este grupo centraba su interés en el tratamiento de problemas como neurosis, fobias, agorafobias, tics, tartamudez, etc., mediante la utilización de técnicas como la exposición, aproximaciones sucesivas o la práctica negativa, conformando poco a poco un contexto de atención a problemas clínicos en clara oposición a la psicoterapia-psiquiatría vigente.

Este núcleo de clínicos e investigadores dio lugar al grupo más prestigioso y prolífico de investigación europeo en psicología clínica y, quizá, al exponente más característico de la aproximación neoconductista mediacional. Dicho grupo de caracterizó por su énfasis en la metodología de investigación rigurosa, la evaluación de la eficacia de los tratamientos, así como por la crítica al diagnóstico psicoterapéutico.

Otro aspecto de la aportación de Eysenck es su interés por la construcción conceptual de la terapia de la conducta. Hay que tener en cuenta que la capacidad del marco neoconductista para integrar constructos facilitó el que se dirigiese la atención hacia aspectos que resultaban relevantes en la clínica, como la

psicopatología y la personalidad en su trabajo en el campo de la personalidad, donde destaca el desarrollo de modelos empíricos de la personalidad, mismo que constituye un esfuerzo por integrar los principios del aprendizaje, la actividad biológica y la identificación de características personales relativamente estables, la influencia del trabajo de Pavlov en este ámbito concreto fue fundamental.

Algunas características de la aportación británica al surgimiento de la terapia de la conducta se enlazan con el conductismo radical, aunque la mayor parte, se ajustan más a la flexibilidad del neoconductismo mediacional; de esta forma, integraron estímulos, respuestas y constructos como la ansiedad, el miedo o la personalidad, a la hora de desarrollar explicaciones más amplias de los trastornos psicopatológicos en particular y de la conducta humana en general.

El surgimiento en Estados Unidos de América: la delimitación de la aparición de la terapia de conducta como movimiento psicoterapéutico en EEUU resulta más difusa que en los caso expuestos de Europa y Sudáfrica. La publicación en 1953 del libro *Science and Human Behavior* de Skinner puede considerarse una señal de inicio del desarrollo de la terapia de la conducta como movimiento terapéutico de Norteamérica.

Skinner parte de las aportaciones de Pavlov y Watson, al igual que los neoconductistas, e intenta integrar los paradigmas propuestos por Pavlov y Thorndike pero a diferencia de ellos descarta completamente apelar a constructos emocionales mediadores. Skinner distinguió dos tipos de respuestas: las respondientes (que se provocan) y las operantes (que se emiten), diferenciando dos tipos de condicionamiento: el condicionamiento tipo E (o E-R), con el que se refiere al condicionamiento pavloviano, y el condicionamiento tipo R (o R-E), en el que el condicionamiento correlaciona con una respuesta de tipo operante.

Entre ambos, Skinner dirigió su interés al estudio de la conducta operante dando una mayor relevancia a lo que ocurre tras la respuesta, más que a lo que sucede antes de ésta.

Desde esta perspectiva, la conducta estaría controlada por factores ambientales, aprendiéndose en función de las consecuencias que siguen a su emisión. Un aspecto esencial de su aportación estriba en la consideración del organismo como un todo.

El método desarrollado para poder estudiar la conducta funcional de los individuos se denominó: análisis experimental de la conducta, el cual se basa en diseños experimentales de caso único, en los que importa la descripción precisa de la conducta concreta sin necesidad de recurrir a constructos no observables. A su vez se asume que la eficacia de la intervención ha de valorarse mediante criterios experimentales, contrastando los efectos de la intervención con la ausencia de ella y criterios terapéuticos, valorando el impacto del cambio sobre la vida del paciente, y comparando el nivel de cambio logrado y el cambio necesario para que el individuo funcione adecuadamente en el contexto.

Al contrario de los que suele pensar, Skinner nunca negó la existencia de variables cognitivas, pero no fueron merecedoras de su atención por no haberse desarrollado un método de estudio apropiado. Por su parte, el análisis conductual aplicado ha supuesto una aportación de relevancia inestimable al desarrollo de la terapia de conducta, sobresaliendo entre sus contribuciones el detalle y rigor en la descripción de la intervención y en la evaluación de sus efectos, y el ofrecer soluciones a problemas no clínicos, como los problemas educativos, comunitarios o ambientales.

El análisis conductual aplicado ha proporcionado a la praxis de la terapia de la conducta tres contribuciones fundamentales:

1. Las técnicas y programas basados en el control de contingencias.
2. El análisis funcional, elemento cardinal del proceso de evaluación conductual e instrumento esencial para la formación de cualquier problema sujeto a intervención, como elemento de análisis de la conducta.

3. La focalización del interés sobre los datos objetivos como elementos de estudio, optando por la inducción frente a la deducción, y, en este sentido, el interés por las conductas frente a las etiquetas diagnósticas.

Segunda generación: el papel de los aspectos cognitivos en terapia de conducta.

En torno a 1970 se inició una fase de transformación de la terapia de la conducta que se caracteriza conceptualmente por su apertura hacia los aspectos cognitivos y sociales. Se considera, en esta etapa, que la terapia de conducta no puede basarse solo en la psicología del aprendizaje y son bienvenidas otras fuentes de influencia provenientes de los más diversos campos.

Lazarus, estudiante de Wolpe, fue probablemente uno de los primeros en argumentar que los principios del aprendizaje eran insuficientes y que los terapeutas de la conducta debían interesarse por otras áreas de la psicología. Señalaba que todos los conocimientos psicológicos son de interés para la terapia de la conducta (emociones, memoria, etc.), y que toda técnica es bien recibida, con independencia de su sustento teórico, siempre y cuando sea eficaz, y su eficiencia pueda ser comprobada.

En cuanto a los desarrollos teóricos más representativos que se producen en esta fase encontramos las teorías del aprendizaje social, caracterizadas por el énfasis en la influencia social y la capacidad auto regulatoria del individuo y cuya influencia se produce principalmente a través de los trabajos de A. Bandura, y la aparición del enfoque cognitivo en terapia de conducta, enfoque de amplia repercusión e influencia que es reflejo de la llamada revolución cognitiva que se produjo en la psicología en los años 70, y cuya característica fundamental es el papel causal, o más bien determinante, atribuido a los procesos y estructuras mentales en el comportamiento humano.

La aportación fundamental de Bandura estriba en plantear la posibilidad del aprendizaje a través de la observación (imitación), como una forma de superar las limitaciones establecidas por la forma experiencial de adquisición de

comportamientos. Bandura aborda con detalle los distintos elementos implicados en el aprendizaje observacional, tratando de diferenciarlo de los paradigmas de condicionamiento y asignándole el nombre de condicionamiento vicario. Para Bandura, los elementos estímulares que se presentan como modelo, se retienen y transforman en representaciones simbólicas que, ante determinadas señales ambientales, se reproducen conductualmente, sirviendo así de guía del comportamiento.

El aprendizaje se conceptualiza a través de la metáfora del procesamiento de la información, y es entendido como una actividad en la que el modelo sería el input, y la ejecución conductual el output, interponiéndose entre ambas una serie de procesos internos como atención, retención, producción y motivación. Bandura, además, diferencia entre aprendizaje y ejecución, haciendo depender la ejecución de la conducta aprendida (que permanece latente) del reforzamiento.

La imitación no era un tema novedoso cuando Bandura lo introduce, sino que contaba ya con tradición; por ejemplo, la imitación ya fue recogida por Skinner en 1953 y explicada como caso de discriminación operante. Se considera la conducta de imitación como un tipo de conducta operante dependiente de condiciones discriminativas y reforzantes, sin recurrir a procesos cognitivos.

En relación con la visión cognitiva de la imitación, Bandura formuló el principio de “determinismo recíproco”, es decir, la existencia de influencia recíproca entre el comportamiento y el medio, mediada por los procesos cognitivos del individuo, que es considerado como un sistema representacional competente a la hora de determinar qué ve más allá de la realidad física fuente de estimulación.

Otra relevante contribución de Bandura, ha sido el concepto de “autoeficacia” y su relación con el tratamiento, pues es considerado un proceso central del cambio terapéutico. La auto-eficacia se define como expectativas de eficacia, esto es, como los juicios de cada individuo sobre su capacidad para realizar la conducta requerida para producir un resultado. El concepto es diferente del de “expectativas de resultado”, que se refiere a la convicción del sujeto acerca de una conducta determinada conducirá a ciertos resultados.

Ya para el surgimiento de la terapia cognitiva, uno de los hechos más significativos ha sido la gran relevancia otorgada a los factores cognitivos a partir de los años 70, lo que supondrá un importante cambio en la conceptualización y tratamiento de los problemas psicológicos, habiendo tenido este cambio implicaciones que llegan a la actualidad.

Entre los elementos que pueden considerarse antecedentes de este cambio, cabe destacar:

1. En primer lugar, la insatisfacción con la referencia al aprendizaje y a la conducta observable como elementos básicos, por no decir únicos, de consideración clínica. Dicha insatisfacción viene derivada de los resultados de diversas investigaciones en el laboratorio. No es de considerarse que la investigación sobre aprendizaje fuese irrelevante, sino que debía dejarse de lado la investigación animal y comenzar la investigación con humanos, examinando los mediadores cognitivos del aprendizaje. El argumento era que el aprendizaje humano no es automático y directo, sino mediado por variables verbales y cognitivas, de esta forma, constructos como conciencia, atención, expectativas o atribuciones, se consideraban necesarios para el aprendizaje.

2. La insatisfacción con los resultados de las técnicas más conductuales, al aplicarse a problemas de efecto negativo, como la depresión. Los resultados de estas aplicaciones claramente no alcanzaban el éxito que obtenían en las intervenciones en trastornos de ansiedad, probablemente porque el proceso de construcción terapéutica en el caso de los trastornos de ansiedad había sido el inverso al que se estaba aplicando en el caso de los trastornos afectivos.

3. El conductismo mediacional había dado ya cabida a aspectos de tipo cognitivo, aunque conceptualizados desde un modelo diferente al que tomaron los posteriores desarrollos cognitivos.

4. La influencia de la psicología cognitiva, disciplina que a finales de la década de los 60 y principios de los 70 muestra sus anclajes a una metodología científica rigurosa al estudiar los estados y procesos mentales que están a la base

del comportamiento de los seres inteligentes. Actualmente el modelo de procesamiento de la información es solo una de las aportaciones que la psicología cognitiva puede hacer a la terapia cognitivo conductual.

El enfoque cognitivo y la llamada terapia cognitiva se desarrollaron y difundieron rápidamente a partir de la publicación de la obra de Mahoney en 1974, "Cognition and Behavior Modification". Finalmente el acta de notoriedad la levantaron Franks y Wilson al designar 1976 como el año de la cognición en el número 1976-77 del Annual Review of Behavior Therapy.

El rasgo común, más destacable, a todos los modelos cognitivos es la consideración de la cognición como el elemento determinante de la conducta. En la actualidad los modelos cognitivos aceptan la existencia de una causalidad multidimensional a la hora de abordar la psicopatología y explicar tanto el origen, como las manifestaciones de los diversos trastornos.

De esta forma, las terapias cognitivas diseñan siempre tratamientos basados en una formulación cognitiva del problema del paciente. Los psicólogos cognitivos consideran que el aprendizaje es mucho más complejo que la formación de asociaciones E-R. El que aprende, entre otras cosas, encaja la nueva información a un marco organizado de conocimiento acumulado.

A pesar de estos rasgos comunes, las terapias cognitivas son diversas, tienen orígenes dispares y carecen de un marco teórico unificador que les otorgue cohesión como modelos teórico general. No obstante, aunque existen diferencias epistemológicas y técnicas, es frecuente que no se diferencie entre ellas; siendo recogidas frecuentemente dentro de un mismo grupo, designado como técnicas o terapias cognitivo conductuales. Esta denominación común hace referencia a la praxis de la terapia cognitiva en general, sin tener en cuenta consideraciones conceptuales, donde realmente se asientan las diferencias entre ellas.

Tercera generación: panorama actual de la terapia cognitivo conductual. En este momento del desarrollo de la terapia cognitivo conductual, al cual se hace

referencia como la tercera generación de terapeutas de conducta, la TCC está claramente constituida como una de las principales psicoterapias.

El camino recorrido hasta ahora ha dado lugar a un panorama heterogéneo donde las técnicas de la primera época conviven con las que progresivamente se han ido añadiendo. Sin embargo, desde un punto de vista conceptual asistimos a un cambio sustancial que se evidencia en la polarización de los enfoques teóricos de la TCC, por un lado, contemplamos los nuevos desarrollos del análisis conductual aplicado, las llamadas terapias contextuales, por otro lado, las nuevas derivaciones de los modelos cognitivos, influidos por las teorías del aprendizaje constructivistas, terapias que se apartan del paradigma mecanicista y asociacionista que fundamenta las primeras terapias cognitivas.

En este momento, igual que ocurrió con anterioridad, conviven técnicas que históricamente proceden de distintas orientaciones, no obstante, la adscripción de las técnicas a un modelo teórico concreto es hoy más difusa. Muchos procedimientos siguen basados en los principios clásicos del aprendizaje, la teoría de los dos factores o la teoría del aprendizaje social, sin embargo, otras técnicas están integradas solo desde una perspectiva pragmática (las técnicas de relajación, las técnicas de sugestión o hipnosis o las técnicas paradójicas) sin que sus fundamentos teórico-conceptuales estén claros (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

En general, la revisión de la literatura sobre las intervenciones que se realizan en diversos trastornos muestra que los tratamientos están conformados por técnicas diversas, recogidas desde dichos criterios pragmáticos de utilidad. Se trata de una postura heredera del conductismo metodológico, que escoge como elemento definitorio y fundamental de la terapia cognitivo conductual su modo auto-evaluativo a través de la metodología científica.

ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia cognitivo conductual (TCC) forma parte de las terapias basadas en evidencia, tiene como objetivo modificar los pensamientos y conductas no adaptativas (Shelby & Berk, 2009). Distintos estudios han comprobado que ha sido la más efectiva para tratar distintos trastornos de ansiedad (Gil & Hernández, 2009; Hudson et al., 2015; Orgiles, Méndez, Rosa e Inglés, 2003)

De acuerdo con Cía (2007) los principios y métodos en los que se basa la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) son:

1. Se focaliza en el comportamiento y la cognición
2. Está orientada en el presente
3. La duración de la intervención suele ser de corto plazo
4. Pone énfasis en la cuantificación, mide los progresos obtenidos
5. La relación terapeuta – paciente es de colaboración y el enfoque de la intervención es didáctico
6. Tiende a fomentar la independencia del paciente
7. Está centrada en los síntomas y su resolución
8. Rechaza el principio de sustitución de síntomas
9. Pone énfasis en el cambio
10. Desafía la posición del paciente, sus conductas y creencias
11. Se centra en la resolución de problemas
12. Utiliza planes de tratamiento
13. Propone una continuidad temática ante las sesiones
14. Desmitifica la terapia
15. Tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente

De acuerdo con Szigethy, Weisz y Findling (2012) la terapia cognitivo conductual en niños tiene nueve principios:

1. Los clientes y sus problemas son conceptualizados en términos de cognición y comportamiento: las formulaciones clínicas en la TCC están basadas en entender la forma en la que pensamientos y conductas no adaptativas se mantienen a lo largo del tiempo causando un deterioro en la vida de la persona. Plantea que las experiencias tempranas, situaciones que causan estrés, factores genéticos, creencias, la forma de pensar y de comportarse son factores que permiten explicar el desarrollo y mantenimiento de un trastorno.

2. Está enfocada en el presente: a diferencia de otras terapias que se basan en el pasado de la persona para entender el problema actual, el énfasis se basa en conocer y resolver lo que le sucede a la persona en el presente; no obstante, considera que es útil conocer el pasado del cliente para conocer la forma en la que se desarrolló la alteración, sin embargo no considera que procesar e intervenir en los eventos anteriores sea significativo para la resolución de los problemas.

3. Los comportamientos y pensamientos no adaptativos son aprendidos: aunque existen factores biológicos que predisponen a desarrollar comportamientos y pensamientos no adaptativos, la TCC considera que el aprendizaje refuerza o extingue estos comportamientos y pensamientos, convirtiéndolo con el paso del tiempo en patrones que causaran deterioro en las diferentes esferas en la vida de una persona.

4. La terapia cognitivo conductual se enfoca en objetivos definidos, claros y específicos: al inicio de la terapia será importante que el terapeuta establezca los objetivos de la intervención con el cliente y/o con los cuidadores principales, que serán descritos de forma objetiva y en términos observables.

5. La terapia cognitivo conductual es colaborativa y enfatiza la experiencia del cliente: se considera que tanto el cliente como el terapeuta son expertos, por una parte el terapeuta será un experto en estrategias que permiten cambiar los pensamientos, comportamientos y emociones, mientras que el cliente y los padres

serán los expertos en el niño; es por esto, que el conocimiento de ambos permitirá que el tratamiento sea exitoso.

6. La terapia cognitivo conductual es estructurada y limitada: independientemente del diagnóstico, la TCC tiende a organizar cada una de las sesiones, informándole al cliente el objetivo de cada una de las sesiones y permitiéndole decidir si quiere agregar ciertas actividades o temas a tratar. Generalmente, en cada una de las sesiones se suele revisar lo que se trabajó en las pasadas y en caso de dejarse tareas en casa, estas se revisan; mientras que con los padres o cuidadores principales, se brinda información sobre el curso y progreso del tratamiento.

7. La terapia cognitivo conductual se adapta a las necesidades particulares del cliente: utiliza técnicas específicas para cambiar pensamientos y conductas no adaptativas que están enfocadas en los factores que mantienen la ansiedad, estas técnicas deben tener apoyo científico y estar basadas en la teoría del aprendizaje.

8. La terapia cognitivo conductual requiere un papel activo por parte del terapeuta: una TCC efectiva requiere que el terapeuta tenga un rol activo en la intervención, tratando de estructurar la sesión lo más posible para aprovechar la mayor parte del tiempo, introduce e implementa técnicas que ayudarán al cliente, usa ejemplos e información del cliente con la finalidad de mostrar como las conductas y pensamientos están relacionadas con las emociones y confirma o revisa hipótesis sobre la conceptualización de caso del cliente.

9. La terapia cognitivo conductual requiere que se implementen técnicas fuera del consultorio: considera relevante conocer la experiencia del cliente en su vida diaria, ya que debe poner a prueba lo aprendido en las sesiones en experiencias reales; así mismo, el conocimiento de un día común del cliente permitirá realizar actividades de role playing, lo cual proporcionará que lo aprendido en las sesiones se generalice.

El trabajo con niños con un enfoque cognitivo conductual se basa en el uso de estrategias y procedimientos para la resolución del problema a tratar, para

Friedberg y McClure (2005) las técnicas cognitivas y conductuales más utilizadas en el trabajo con niños y adolescentes son:

La psicoeducación busca que los niños aprendan conceptos sobre elementos relacionados a la psicología, se les puede explicar que es la ansiedad, su funcionamiento, manifestaciones o como controlarla; esto les puede ayudar a adquirir habilidades que les permitan a él y a su familiar entender de mejor manera la situación en la que se encuentran y posteriormente, les permitirá adquirir habilidades específicas que puedan aplicar en los momentos adecuados.

Entrenamiento en relajación: Esta técnica es una de las más utilizadas para el trabajo de niños con ansiedad, una de las técnicas es la relajación muscular progresiva de Jacobson, que consiste en tensar una serie de grupos musculares de todo el cuerpo y posteriormente relajarlos; en el caso de los niños, las instrucciones pueden adaptarse a su nivel de desarrollo incluyendo algunas metáforas y analogías.

Desensibilización sistemática: Esta técnica se utiliza para reducir los miedos y la ansiedad, emparejando los estímulos que generan ansiedad con un estímulo neutro, como la relajación; de esta manera, se produce un contracondicionamiento ya que al presentar simultáneamente ambos estímulos, la ansiedad es inhibida por la relajación. Para realizar esta técnica se debe establecer una jerarquía de los estímulos que producen ansiedad, en niños puede utilizarse una escala del 1 al 10, posteriormente se realiza la técnica comenzando con el estímulo más bajo de la jerarquía, se le pide al niño que se relaje y que imagine algo que le sea agradable; ya que se logró que el niño se encuentre en este estado se presenta la escena ansiosa. Conforme el niño va dominando los estímulos ansiosos se irá avanzando con los siguientes estímulos de la jerarquía, de manera que la primera escena a utilizar será la puntuada con 1 mientras que la última escena a utilizar será la número 10.

Juego de roles: Esta técnica permite poner en práctica el entrenamiento en habilidades sociales, ya que se simula una situación de la forma más real posible, que permite que se trabajen emociones, pensamientos y conductas significativas.

Entrenamiento en habilidades sociales: El primer paso de esta técnica consiste en enseñarle al niño esta habilidad mediante instrucciones directas, apoyándose en la psicoeducación modelando la habilidad; posteriormente se practica mediante el uso de role playing, a lo largo de la técnica se retroalimenta al niño corrigiendo las fallas y reforzando sus aciertos y esfuerzos. El entrenamiento en habilidades sociales se puede utilizar para que los niños aprendan a hacer amigos, para controlar su agresividad, aprender a dar y recibir cumplidos, a ser empáticos, aprender a resolver problemas interpersonales y a adquirir diferentes formas de actuar, pensar y sentir.

Control de contingencias: Las contingencias se definen como la relación entre una conducta y su consecuencia, este control permitirá reforzar conductas mediante la entrega de recompensas o disminuirlas mediante el retiro o ausencia del reforzamiento. Para hacer uso del control de contingencias se deberán identificar las conductas que se planea aumentar o disminuir, posteriormente se debe establecer la duración de la conducta y la recompensa a recibir.

Programación de actividades y acontecimientos agradables mediante la ayuda de un calendario semanal, el terapeuta y el niño fijan actividades agradables que se deben realizar a lo largo del día, con la finalidad de aumentar los refuerzos positivos que recibe el niño a lo largo de la semana. Para complementar la actividad se les puede pedir que escriban cómo se sentían antes y después de la actividad.

Predicción del placer / ansiedad: Esta técnica suele llevarse a cabo con el calendario de la programación de actividades y acontecimientos importantes, se le pide al niño que con la actividad que planeó debe predecir cuanto va a disfrutarla, posterior a la realización de la actividad deberá escribir como se sintió realizándola, con la finalidad de comparar la predicción con el resultado real de la actividad. Por el otro lado, en la predicción de la ansiedad se le pedirá al niño que identifique situaciones que le generen esta emoción, deberá predecir su nivel de ansiedad y posteriormente realizar la tarea y puntuar después el nivel de ansiedad que manifestaron; esta actividad les permite a los niños darse cuenta que en ocasiones sus predicciones son exageradas y que a su vez, pueden exponerse a la situación

y realizar las técnicas aprendidas en la intervención, lo cual ocasionará que los niveles de ansiedad experimentados sean menores a lo esperado.

Intervención en la resolución de problemas: Estas técnicas se basan en mostrarle al niño los cinco pasos a seguir para resolver problemas; identificación del problema, generar soluciones alternativas, valorar las opciones disponibles, planeación de la implementación de la solución y reforzamiento de la implementación de soluciones alternativas. El aprendizaje de los cinco pasos puede realizarse mediante situaciones específicas en donde el niño tenga que poner en práctica cada uno de los pasos.

Proyección temporal: El propósito de esta técnica es que los niños piensen que sentirían en una misma situación pero en diferentes momentos, que van del presente inmediato al futuro a largo plazo; se les puede invitar a los niños a preguntarse que sentirían en un momento determinado o que cambiaría en su comportamiento, con la finalidad de separar las emociones estresantes de sus respuestas inmediatas.

Evaluación de ventajas e inconvenientes: Esta técnica tiene como objetivo que los niños estudien ambos conceptos para resolver problemas de la manera más adecuada y eficiente mediante cuatro pasos: identificar la situación, realizar una lista con todas las ventajas y desventajas, analizar cada una de las ventajas y desventajas y realizar una conclusión.

Técnicas autoinstruccionales: El objetivo principal de estas técnicas es cambiar pensamientos poco adaptativos por pensamientos más adaptativos y productivos, entrenando a los niños a establecer diálogos consigo mismos con la finalidad de que puedan superar situaciones estresantes, elaborando nuevos patrones de habla adaptativos.

Decatastrofización: Esta técnica tiene como finalidad disminuir el pensamiento catastrófico, el cual se caracteriza por una tendencia a sobrestimar la magnitud y probabilidad de ocurrencia de los peligros percibidos. La decatastrofización puede realizarse mediante preguntas dirigidas al futuro, en

donde se le invita al niño a pensar que es lo peor o mejor que puede pasar en una situación o que es lo más probable que ocurra en algún hecho en específico.

Comprobación de evidencias: Esta técnica tiene como objetivo evaluar los hechos que apoyan y cuestionan las creencias de los niños, se realiza mediante tres pasos: que los niños busquen hechos que apoyen sus creencias, que busquen hechos que contradigan sus creencias y como conclusión que creen explicaciones alternativas sobre la creencia a trabajar.

Reatribución: El propósito de esta técnica es que los niños consideren explicaciones alternativas en situaciones de las que se sienten responsables, sin embargo estas situaciones no dependen totalmente de ellos.

Exposición: El objetivo de esta técnica es exponer al niño al estímulo que considera aversivo, con la finalidad de aplicar estrategias de afrontamiento, controlar su activación emocional y lograr como consecuencia, una mayor confianza en sí mismo. La exposición a estos estímulos causará que el cliente manifieste emociones negativas; sin embargo, la técnica tiene como objetivo minimizar y afrontar estas emociones.

TERAPIA DE JUEGO COGNITIVO CONDUCTUAL

La terapia cognitivo conductual esta dirigida a niños entre 3 y 8 años, no obstante puede emplearse en niños mayores (Knell, 2009), tiene como fundamento que los pensamientos y conductas inadaptadas ocasionan trastornos emocionales y conductuales; por lo que el objetivo del tratamiento se enfocará en realizar cambios cognitivos y conductuales mucho más adaptados y funcionales, mediante una terapia breve, de tiempo limitado, estructurada, directiva, orientada al problema y psicoeducativa (Schaefer, 2012).

Knell (2009) adapta los principios de la terapia cognitiva (Beck & Emery, 2014) a la terapia de juego cognitivo conductual y refiere que los siguientes seis principios son utilizados para el trabajo con niños desde este enfoque de juego:

1. Se basa en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales.
2. Es breve y limitada en el tiempo.
3. Para una terapia cognitiva eficaz es imprescindible una sana relación terapéutica.
4. Es una terapia estructurada y directiva.
5. Es una terapia centrada en los problemas.
6. Se basa en el modelo educativo.

Los siguientes principios pueden ser utilizados en la terapia de juego cognitivo conductual, sin embargo deberán hacerse modificaciones de acuerdo al nivel de desarrollo de los niños:

1. La terapia supone un esfuerzo de colaboración entre el terapeuta y el paciente.
2. La terapia cognitiva utiliza principalmente el método socrático.
3. La teoría y las técnicas se basan en el método inductivo.
4. El trabajo en casa constituye una parte importante en la terapia cognitiva.

Schaefer (2012) refiere que la terapia de juego cognitivo conductual debe realizarse en un cuarto equipado con juegos apropiados, como materiales de arte, muñecos o títeres; así mismo, requiere de una relación terapéutica positiva, en donde el medio de comunicación entre el terapeuta y el niño es el juego. De la misma manera, el juego en la terapia cognitivo conductual debe ser directivo, el terapeuta ofrece orientación, establece metas, elige junto con el niño los materiales y actividades de juego y establece intervenciones para lograr las metas establecidas; así mismo, el terapeuta debe proponer estrategias que permitan cambios cognitivos y conductuales más adaptados.

De acuerdo con Knell (1998) el enfoque de la terapia de juego cognitivo conductual se considera sensible al desarrollo y enfatiza el uso de técnicas basadas en evidencia empírica; para lograr la adaptación de las técnicas deberá tomarse en

cuenta el nivel de desarrollo del niño y utilizar materiales que faciliten la implementación de las técnicas como títeres, muñecos de animales, materiales de arte, actividades no verbales como imágenes de caras con distintas emociones y libros.

Respecto a la terapia de juego cognitivo conductual para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, se han desarrollado manuales en donde se incorporan actividades de juego para su adaptación al trabajo con niños; un ejemplo es “The Coping Cat” (Kendall, 2010) que contiene un manual para el terapeuta, un manual de trabajo para niños, así como una adaptación para el trabajo en grupo (Flannery-Schroeder & Kendall, 1996).

“The coping cat” es un programa de intervención que cuenta con 16 sesiones para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, se sustenta desde un enfoque cognitivo conductual, en donde se integran técnicas conductuales como exposición, entrenamiento en relajación, actividades de role playing, recompensa; técnicas cognitivas enfocadas al cambio de los pensamientos inadaptados y técnicas orientadas a la identificación y manejo de las emociones. El objetivo es que los niños reconozcan las manifestaciones de la ansiedad y que puedan implementar técnicas para el manejo de la misma. (Kendall, 2010)

Las primeras ocho sesiones se enfocan en el entrenamiento de las técnicas, mientras que en las siguientes ocho sesiones se realizan actividades para practicar lo aprendido; adicionalmente, se realizan dos sesiones de seguimiento con los padres o cuidadores principales. El manual sigue un plan para afrontar la ansiedad, consta de cuatro pasos y se presenta mediante la palabra TEMOR (Kendall, 2010): Tienes miedo Esperas que pase algo Malo Operaciones que ayudan Resultados y recompensas

Las técnicas y estrategias utilizadas en este manual para el tratamiento de la ansiedad son (Kendall, 2010):

Secuencia graduada de actividades de entrenamiento y tareas

Juego de roles

Modelo de afrontamiento

Asignación de tareas (actividades DPQ – Demostrar Que Puedo)

Psicoeducación

Conciencia de las reacciones corporales de la ansiedad

Entrenamiento en relajación

Identificación y modificación del diálogo interno

Recompensas contingentes

Práctica de habilidades aprendidas mediante la exposición

Diseño y realización de un comercial desarrollado por el niño

Aunque “The coping cat” se presente como un manual para el manejo la ansiedad, éste permite trabajar mediante un enfoque flexible las distintas estrategias y técnicas señaladas; Podell, Martin, & Kendall (2009) aconsejan incorporar otras actividades de juego para lograr una adecuada relación terapéutica, para facilitar técnicas de exposición, para que el niño experimente el tratamiento como positivo y para facilitar el aprendizaje de herramientas así como, estrategias en el manejo de la ansiedad.

TERAPIA DE JUEGO GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL

En los últimos años se ha investigado la eficacia de la terapia cognitivo conductual en niños con un formato individual, se ha buscado a su vez, la adaptación de las técnicas y el desarrollo de manuales terapéuticos para el tratamiento de la ansiedad; sin embargo, las investigaciones de la terapia cognitivo conductual en grupo han sido menores en comparación con la TCC a nivel individual.

La terapia cognitivo conductual grupal se define como un enfoque que utiliza las dinámicas del formato grupal, junto con técnicas cognitivo conductuales con la finalidad de cambiar pensamientos y conductas no adaptativas y disfuncionales; el terapeuta debe tener un entendimiento de la interacción entre los sentimientos, pensamientos y conductas, así como asumir que las emociones contribuyen en la forma de pensar de las personas, a sus creencias y conductas (Petrocelli, 2002).

Una de las características principales de la terapia cognitivo conductual grupal en comparación con el enfoque individual, es que en el grupo se desarrollan estrategias en donde los integrantes se relacionan con los demás y encuentran interesante lo que relata la otra persona; así mismo, se pueden desarrollar técnicas dirigidas a la resolución de problemas (White, 2000 en Petrocelli, 2002).

Así mismo, la terapia grupal brinda oportunidades a los niños para iniciar y mantener relaciones, para reforzar las relaciones con sus pares, para el aprendizaje vicario y las recompensas sociales; así mismo, la eficacia de la terapia grupal es mayor o igual a la individual, el costo beneficio y de tiempo ha resultado ser mayor (Flannery-Schroeder & Kendall, 1996).

En un meta análisis que tiene como objetivo evaluar la eficacia de la terapia cognitivo conductual grupal (Petrocelli, 2002), se encontró que este enfoque suele ser más efectivo en el trabajo con niños que con adultos y que se obtienen mejores resultados cuando se trabaja con sintomatología específica.

Barret (1998) realizó un estudio para evaluar una intervención cognitivo conductual grupal para trastornos de la ansiedad en niños, el objetivo del

tratamiento fue proporcionar a los niños y a sus padres estrategias para el manejo de la ansiedad, la resolución de problemas y el apoyo familiar. Participaron niños entre 7 y 14 años de edad diagnosticados con ansiedad de separación, ansiedad generalizada y fobia social; los participantes se asignaron a uno de los siguientes tres grupos: terapia cognitivo conductual grupal, terapia cognitivo conductual grupal con padres o a un grupo control; la intervención tuvo una duración de tres meses y se trabajó con “The coping koala group workbook” que es la adaptación australiana de “The coping Cat” (Kendall, 2010). Los resultados de este estudio mostraron que el 64% de los niños posterior a la intervención cognitivo conductual grupal no cumplieron los criterios para ser diagnósticos nuevamente con algún trastorno de ansiedad; de esta manera, se concluye que la terapia cognitivo conductual para niños con trastornos de ansiedad puede administrarse efectivamente en un formato grupal.

De la misma manera, Silbaran, Kurtines, Ginsburg, Weems y White (1999) realizaron un estudio para evaluar la eficacia de la terapia cognitivo conductual grupal, con sesiones recurrentes con los padres, en niños con trastornos de ansiedad entre 6 y 16 años de edad; los diferentes grupos estuvieron conformados entre 3 y 6 niños y fueron evaluados tres, seis y doce meses posterior a la intervención. Este estudio muestra que la terapia cognitivo grupal fue altamente eficaz en producir y mantener ganancias terapéuticas hasta doce meses posterior a la intervención.

Flannery-Schroeder y Kendall (1996) desarrollaron un manual cognitivo conductual con un formato grupal para el tratamiento de la ansiedad en niños y adolescentes jóvenes, el programa consta de 18 sesiones que combina el enfoque cognitivo conductual y el enfoque grupal; se utilizan técnicas conductuales como exposición, entrenamiento en relajación, juego de roles y técnicas cognitivas como resolución de problemas y el cambio de pensamiento adaptativos. El manual tiene como objetivo brindar a los niños las estrategias necesarias para el manejo de la ansiedad en una variedad de situaciones, mediante la implementación de las siguientes técnicas:

Psicoeducación Identificación de las reacciones corporales de la ansiedad
Identificación y modificación del diálogo interno Entrenamiento en relajación
Recompensas contingentes Tareas en casa Secuencia graduada de actividades
de entrenamiento y tareas Exposición gradual de las técnicas aprendidas para
situaciones que causan ansiedad.

Flannery-Schroeder y Kendall (1996) desarrollaron un manual cognitivo conductual con un formato grupal para el tratamientos de la ansiedad en niños y adolescentes jóvenes, el programa consta de 18 sesiones que combina el enfoque cognitivo conductual y el enfoque grupal; se utilizan técnicas conductuales como exposición, entrenamiento en relajación, juego de roles y técnicas cognitivas como resolución de problemas y el cambio de pensamiento adaptativos. El manual tiene como objetivo brindar a los niños las estrategias necesarias para el manejo de la ansiedad en una variedad de situaciones, mediante la implementación de las siguientes técnicas:

Psicoeducación

Identificación de las reacciones corporales de la ansiedad

Identificación y modificación del diálogo interno

Entrenamiento en relajación

Recompensas contingentes

Tareas en casa

Secuencia graduada de actividades de entrenamiento y tareas

Exposición gradual de las técnicas aprendidas para situaciones que causan ansiedad.

DEFINICION DE ANSIEDAD

Definiciones de ansiedad infantil Según Chantal (2013), la ansiedad es entendida como “el dolor de vivir que presentan los niños” (p. 33), lo cual se convierte en una incertidumbre para los padres de familia, quienes no comprenden que sucede.

No todos los niños ansiosos se comportan igual, cada uno desde su singularidad tendrá una característica particular, aunque existen aspectos comunes, además cada niño expresará en su propio lenguaje la causa de su ansiedad.

Para Rodríguez (2009) la ansiedad infantil es “una reacción defensiva e instantánea ante el peligro, es la respuesta que se da ante situaciones que comprometen la seguridad personal” (p. 81) Inicialmente, puede tomarse como lo indica Rodríguez, una reacción defensiva, pero cuando esta se vuelve incontrolable, pierde su objetivo de defender y al contrario se vuelve peligrosa porque crea en el niño temor e inseguridad.

Chantal (2013) definió la ansiedad infantil “como una condición de duda, inseguridad que dificulta la capacidad de adaptación del niño a la vida cotidiana, sobretodo cuando se siente amenazado”. (p. 102)

Los niños se vuelven ansiosos, cuando sienten que no pueden confiar en nadie, cuando sienten dudas, cuando la inseguridad en sus vidas, surge a cada momento. La ansiedad puede ser causada por separación de los padres, porque el niño pasa mucho tiempo sólo, porque no tiene hermanos o simplemente porque algo le causo temor y no se reforzó esa situación.

Saranson (2006) definió la ansiedad infantil como “un sentimiento de miedo y aprensión difuso, vago y muy desagradable” (p. 73)

El niño ansioso se preocupa demasiado, sobretodo ante cosas que no requieren preocupación, ante sucesos desconocidos. Además, muestra desesperación, y en algunas ocasiones características físicas como sudor en las manos, enrojecimiento de mejillas, respiración agitada, ganas de miccionar, etc.

Reátegui (2013), señaló que hablar de ansiedad en niños se define como “una vivencia displacentera que usualmente sucede ante una situación amenazadora, esta puede ser real o imaginaria” (p. 33)

La ansiedad, se convierte en un estado emocional que provoca desequilibrio, inestabilidad, y que se bloquea ante los estímulos externos, dejando al niño ensimismado, sin capacidad para aceptar la ayuda, aunque esta conducta suele ser inicial, para posteriormente dar paso a una conducta totalmente opuesta.

Saldaña (2001) define la ansiedad infantil como “la anticipación aprensiva de una situación peligrosa o una desgracia en el futuro la cual va acompañada de un sentimiento de molestia o tensión” (p. 51).

Lo que expresa el autor, resulta cierto, porque muchas veces la ansiedad hace que se anticipen los finales de situaciones cotidianas, produciéndose el miedo, llegando incluso a querer evitar momentos que no son realmente de tanta importancia, pero que debido a la ansiedad se convierten en caos.

Dimensiones de la ansiedad infantil Las dimensiones de la variable ansiedad infantil se desarrollaron a partir de la teoría propuesta por Chantal (2013).

Dimensión 1: Pánico y agorafobia Chantal (2013) definió el pánico como “el miedo a estar sólo, o ir a lugares donde hay mucha gente, es decir, ningún extremo es bueno para sus emociones” (p. 112)

La definición del autor hace mención a la pérdida de control que suelen tener los niños cuando no pueden controlar sus reacciones ante la soledad o ante el bullicio, esto les produce inestabilidad y ataques de pánico. Por esta razón, es que muchos niños tienden a evitar lugares que puedan provocarles temor, convirtiéndose en una costumbre en sus vidas.

Según Contreras (2012) la agorafobia “no es una enfermedad mental o de consideración, su origen simplemente es la reacción desmesurada guiada por el miedo ante situaciones que el niño puede considerar de peligro” (p. 13)

Los orígenes de la agorafobia casi siempre son la sobreprotección, el excesivo cuidado de los padres por temor a que sus hijos sufran, la dependencia emocional, etc. Cualquiera sea el caso, el niño se perjudica bastante al sentirse totalmente lleno de pánico o agorafobia.

Dimensión 2: Ansiedad por separación Chantal (2007) definió la ansiedad por separación: Como aquella conducta de rechazo a quedarse solo, a tener que enfrentarse a una situación en la que no sabe quién está de su lado o en su contra. El miedo a no sentir el apego de su primera infancia hace que el niño se ve perturbado, mostrando ansiedad. Generalmente son las madres son quienes están más cerca de los niños, aunque hay casos excepcionales; por lo tanto el abandono casi siempre ocurre del lado paterno. (p. 66)

La ansiedad por separación provoca en el niño un temor inmenso, una sensación de que está perdido, olvidado, de que nadie lo quiere, es decir, se siente totalmente abandonado, y esta sensación no le permitirá realizar ninguna acción en forma segura, por el contrario generará en él muchas dudas e inseguridades.

Algunos autores han considerado la ansiedad por separación como un trastorno, pero Gallegos (2013) señaló que “la angustia por separación puede fácilmente desaparecer si al niño se le presta la atención necesaria y se trabaja con él en su autoestima” (p. 77)

Cuando los niños son víctimas de la ansiedad por separación tienen una clara tendencia al desamor, es decir, no se muestran expresivos, no dan a conocer sus sentimientos, se encierran colocando una coraza para no ser dañados.

Características de la ansiedad infantil Las principales características de la ansiedad infantil mencionadas por Chantal (2013) son: Llanto excesivo, quietud ya que casi no se mueven, demasiado apego a la madre o el padre, dependiendo de la circunstancia, tics comunes en los ojos y en la boca, evitar ir al colegio, quedarse dormido constantemente, no querer hacer nada. (p. 55)

Existen estados ansiosos pasajeros pero también existen estados ansiosos permanentes, esto dependerá de cuanto interés pongan los padres de familia para

enfrentar este estado. También es importante que los docentes comuniquen a los padres respecto a cómo se están comportando los niños, para que ellos puedan estar alertas.

En el caso en que se produjeran situaciones de ansiedad infantil permanente, ya es necesario que intervengan profesionales (psicólogos) sin que los padres sientan que el niño está enfermo o que se trata de algo grave, por el contrario las soluciones pueden ser tan sencillas y estar en las manos de los propios papás, y sólo por haber ignorado la situación se han provocado estos estados ansiosos.

Existen numerosas definiciones sobre la ansiedad que tratan de explicar el concepto desde diferentes enfoques, Rojas (1998) la define como una emoción adaptativa que se caracteriza por un estado de activación neurofisiológica generalizada, la cual consiste en activar mecanismos córtico – subcorticales que tienen como función controlar conductas de hipervigilancia y de esta manera, poner al organismo en un estado de “defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico”. (p. 29)

Sierra, Ortega y Zubeidat (2003) definen a la ansiedad como un estado caracterizado por una combinación de síntomas psíquicos, cognitivos y fisiológicos, los cuales se manifiestan por inquietud desagradable, agitación, reacción de sobresalto, así como una serie de conductas que buscan dar solución al peligro al que se está expuesto.

Rojas (1998) y Sierra et al. (2003) refieren que una de las principales características de la ansiedad es la anticipación del peligro, en donde los pensamientos sobre lo que puede pasar en el futuro se precipitan en el presente, provocando en el individuo una anticipación sobre la incertidumbre. Por otra parte, Díez (2000) define la ansiedad como un mecanismo adaptativo que permitirá al organismo realizar conductas de defensa ante cualquier circunstancia que represente una amenaza o un peligro para el sujeto, éste peligro o amenaza puede ser real o puede ser interpretado como tal. Por otra parte, Sánchez, Fernández, Iglesias y González, (2001) refieren que la ansiedad es un estado de alerta adaptativo que funciona como un mecanismo de defensa fisiológico que le permite

al organismo responder de manera adecuada y con un rendimiento eficiente, a las amenazas de la vida diaria; por ejemplo, presentar un examen o llegar a tiempo al trabajo o escuela. Mientras que Cía (2007) define a la ansiedad como una emoción psicobiológica básica, que tiene como finalidad motivar conductas apropiadas para superar un desafío o peligro presente o futuro, logrando la adaptación del individuo.

Aunque no exista un consenso sobre la definición de la ansiedad, ya que mientras unos la definen como una emoción otros la denominan un estado o como un mecanismo; es claro que estas definiciones coinciden en que la ansiedad promueve conductas que le permitan al individuo responder a peligros o amenazas a los que está expuesto día con día; de esta manera, podemos definir a la ansiedad como una función adaptativa del organismo.

Beck y Emery (2014) señalan que la ansiedad tiene dos funciones:

Función adaptativa: en donde la ansiedad ha desempeñado una función en la evolución de la especie en el ámbito de la supervivencia, ya que los estímulos que causan ansiedad sirven de advertencia ante posibles situaciones de riesgo o peligro.

Como estrategia en respuesta a las amenazas: por una parte, la ansiedad al ser una emoción intensamente desagradable en respuesta a un peligro, se tratará de evitar o de reducir; por otra parte, la ansiedad permitirá al organismo captar la atención a la experiencia subjetiva desagradable y desviar la misma a situaciones irrelevantes en ese momento.

DIFERENCIA DEL CONCEPTO DE ANSIEDAD CON OTROS

El concepto de ansiedad suele confundirse con otros conceptos como el de miedo, angustia y pánico, debido a las similitudes que presentan; sin embargo, existen claras diferencias entre estos conceptos, las cuales se mencionarán a continuación:

Angustia Sáiz, Durán, Paredes y Bousoño (2001) mencionan que la angustia es un tipo de ansiedad endógena, es decir sin aparente causa externa, que ocurre como un tipo de crisis aguda con sintomatología de tipo vegetativa, una sensación de miedo o pánico, pérdida del control y/o vivencia de muerte; es decir, un ataque de pánico.

Diversos autores como Cía (2007) y Sierra et al. (2003) refieren que la angustia es una emoción compleja y difusa, que tiene un carácter más visceral o somático y se vivencia como una amenaza de muerte inminente en la que se pierde el control de uno mismo, perdiendo la capacidad para actuar voluntaria y libremente, inmovilizando al individuo y limitando su capacidad de reacción.

De acuerdo con Díez (2000) un ataque de pánico se define como una entidad caracterizada por una serie de síntomas somáticos y cognitivos, que se manifiestan mediante la aparición repentina y rápida de una sensación de aprensión o de un malestar intenso, acompañado de miedo o de terror, los cuales se asocian con sentimientos de catástrofe inminente (principalmente una sensación de muerte o de perder el control); así como una urgente necesidad de escapar de la situación.

Miedo Beck y Emery (2014) refieren que el miedo es un proceso cognitivo el cual, valora intelectualmente un estímulo amenazador; mientras que la ansiedad es un proceso emocional ante dicha valoración. Siguiendo a los mismos autores, mencionan que el miedo se activa cuando una persona está expuesta a un estímulo que considera es amenazante, es decir cuando valora la situación de peligro; en tanto, la ansiedad será provocada al estimular el miedo como un estado emocional desagradable, es decir, la ansiedad se presentará como resultado de la valoración del estímulo amenazador.

Sáiz et al. (2001) y Cía (2007) refieren que el miedo se diferencia de la ansiedad ya que en el primero es posible identificar el peligro u objeto que causa la amenaza; actuando instantáneamente de manera defensiva ante el peligro presente, esta respuesta ha sido biológicamente heredada ya que ha permitido a lo largo de los años proteger al hombre y a otros organismos.

De la misma manera, Rojas (1998) definen el miedo como “un temor específico, concreto, determinado y objetivo” (p. 27) este temor será la consecuencia de la percepción de un peligro real que amenaza al individuo. Por otra parte, en la ansiedad el objeto o peligro es indefinido, la percepción de amenaza es más global e indeterminada y su causa carece de un objeto exterior, aunque la respuesta fisiológica puede llegar a ser la misma.

Al igual que la ansiedad, el miedo a su vez puede ser patológico al convertirse en una fobia; perturbando e incapacitando de esta manera, la vida cotidiana del individuo (Cía, 2007).

Fobia: La fobia es un tipo específico de miedo exagerado e inhabilitante, que se caracteriza por un deseo intenso de evitar una situación temida, evocando ansiedad al estar expuesto a la situación temida o una reacción mayor como el pánico (Beck & Emery, 2014).

De acuerdo con Pérez (2000) la fobia es un miedo irracional, desproporcionado e intenso ante una situación que representa un peligro o preocupación, el cual no puede ser explicado o razonado; así mismo, la fobia se caracteriza por una constante evitación de la situación temida, lo cual contribuye al mantenimiento de ésta.

Pánico: De acuerdo con el Asociación Americana de Psiquiatría (2014) un ataque de pánico es la aparición súbita de miedo o malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos y durante este tiempo se producen cuatro, o más, de los siguientes síntomas: palpitaciones, golpeteo del corazón o aceleración de la frecuencia cardiaca; sudoración; temblor o sacudidas; sensación de dificultad para respirar o de asfixia, sensación de ahogo; dolor o molestias en el tórax; náuseas o

malestar abdominal; sensación de mareo, inestabilidad, aturdimiento o desmayo; escalofríos o sensación de calor; parestesias (sensación de entumecimiento o de hormigueo); desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (separarse de uno mismo); miedo a perder el control o de “volverse loco” y miedo a morir.

Estrés: El estrés es un proceso adaptativo y de emergencia, por lo que es de suma importancia para la supervivencia de la persona; sin embargo, a diferencia de la ansiedad, el estrés no se considera una emoción, sino que es el “agente generador de las emociones”; de esta manera, el estrés es el resultado de la incapacidad de un individuo para hacer frente a las demandas que el ambiente ejerce, mientras que la ansiedad se puede definir como un estado emocional que se activa ante una amenaza y que se manifiesta en diferentes niveles: cognitivo, fisiológico, conductual y emocional (Sierra et al., 2003).

De acuerdo con Rojas (1998) el estrés es la “respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de las propias fuerzas” (p. 55); esta tensión permanente ocasionará en el individuo un agotamiento emocional e intelectual.

ANSIEDAD PATOLÓGICA

La ansiedad también puede ser no adaptativa; de acuerdo a Cía (2007) la ansiedad puede convertirse en patológica cuando ésta ocurre de forma innecesaria y desproporcionada, interfiriendo de forma negativa en las diferentes esferas de la vida de una persona (laboral, social y familiar); de esta manera, se definirá como una respuesta exagerada ante un peligro, situación u objeto externo que no necesariamente es identificado.

Sánchez et al. (2001) mencionan que la ansiedad patológica no es adaptativa, ya que el peligro al que se va a responder no es real; así mismo, el nivel de activación y duración de la respuesta es desproporcionada con respecto a la situación real, dificultando la adaptación y disminuyendo el rendimiento del organismo.

Otra de las características que diferencian a la ansiedad normal de la ansiedad patológica, es la intensidad con la que aparece y su anacronismo; de esta manera, la ansiedad como un síntoma se desarrollará como un continuo, en donde comenzará a representarse como una emoción normal y posteriormente en una ansiedad patológica; es decir, la evolución del síntoma será paulatina y conforme avanza en el tiempo, afectará de forma negativa el rendimiento del individuo y su funcionamiento en distintas áreas de su vida (Díez, 2000).

De acuerdo con Marcos (2000) existen cuatro criterios que permiten identificar a la ansiedad patológica de la ansiedad normal:

1. La emoción es recurrente y persistente.
2. La respuesta emocional es desproporcionada con relación a la situación que la evoca, o se produce en ausencia de algún peligro ostensible.
3. El individuo queda paralizado con un sentimiento de desamparo o es incapaz de realizar acciones apropiadas para poner fin a la ansiedad.
4. El funcionamiento psicosocial o fisiológico también está deteriorado.

MODELOS QUE EXPLICAN LA ANSIEDAD

A lo largo de los años, se han propuesto una serie de modelos que buscan explicar la causa y manifestaciones de la ansiedad, así como el mantenimiento y el desarrollo de trastornos; estos modelos han permitido expandir el conocimiento actual sobre la ansiedad, lo que ha repercutido en la manera en la que ésta se evalúa y en el caso necesario, realizar una intervención que busque disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida del individuo. A continuación se describen tres modelos que han aportado ampliamente al conocimiento de la ansiedad:

Modelo de los tres sistemas o tripartito de la ansiedad Lang (1968) propone la “Teoría tridimensional de la ansiedad” en donde estudia la ansiedad mediante tres componentes: cognitivo, fisiológico y conductual o motor. Esta teoría permitió visualizar diferentes manifestaciones de la ansiedad, lo que permitió ampliar el conocimiento sobre sus causas, evaluación e intervención. Cía (2007) define estos tres componentes como se mencionan a continuación:

1. Componente cognitivo: se refiere a la percepción o evaluación individual del estímulo, en los que se incluyen los recuerdos pasados, imágenes o pensamientos específicos, descripción de la ansiedad, preocupaciones, obsesiones, incapacidad para concentrarse e inseguridad.
2. Componente fisiológico: se asocia con un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático.
3. Componente conductual o motor: se relaciona con conductas evitativas, aumento o disminución de la gesticulación, cambios en la postura y temblores.

Martínez, Inglés, Cano y García (2012) refieren que estos tres sistemas, que están regulados por normas diferentes, darán lugar a perfiles de respuesta diferenciales, por lo que será necesario evaluar estos componentes por separado para poder elegir el método de tratamiento más adecuado.

Sensibilidad a la ansiedad. En 1986 Reiss, Peterson, Gursky y McNally propusieron un nuevo factor de predisposición que permite explicar el desarrollo de miedos o de trastornos de ansiedad: la sensibilidad a la ansiedad; este termino se

define como una tendencia a mostrar una reacción prolongada y exagerada ante los estímulos que pueden provocar ansiedad; es decir, las personas que creen que la ansiedad tiene consecuencias peligrosas como ataques de corazón o trastornos mentales tienden a mostrar una reacción exagerada debido a la anticipación de las consecuencias severas de la ansiedad; mientras que las personas que creen que la ansiedad tiene pocos o ningún efecto negativo, tienden a tolerar mayores niveles de ansiedad.

Ansiedad estado vs Ansiedad rasgo Spielberger (1972) desarrolló una teoría que permite distinguir entre la ansiedad como un estado o como un rasgo; de esta manera, define la ansiedad como estado consiste en sentimientos de aprensión y tensión con una alta actividad del sistema nervioso autónomo y en donde su intensidad varía a lo largo del tiempo; por otra parte, la ansiedad como rasgo se define como una diferencia individual caracterizada por una predisposición ansiosa que se mantiene a lo largo del tiempo.

CAUSAS DE LA ANSIEDAD

De acuerdo con Rojas (1998) las causas de la ansiedad pueden dividirse en dos rubros:

1. Ansiedad endógena: será producida por el organismo y puede derivarse de algún trastorno psicofisiológico.
2. Ansiedad exógena: será producida por estímulos externos provenientes del medio ambiente (Rojas, 1998).

Algunos factores que pueden contribuir al desarrollo de la ansiedad en niños son:

Familiares: De acuerdo con Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas y Guillamón (2008) es frecuente observar que padres e hijos tengan los mismos síntomas ansiosos, tanto por una cuestión biológica como ambiental. Por otra parte, se ha comprobado que la violencia intrafamiliar recibida por los niños por parte del padre o la madre o siendo testigos de la violencia entre los padres, produce el desarrollo de alteraciones psicológicas y del comportamiento, entre ellos problemas de ansiedad (Frías & Gaxiola, 2008). Asimismo, la carencia de apoyo social se considera uno de los factores de riesgo importantes para el desarrollo de problemas psicológicos, como la ansiedad (Baeza et al., 2008).

Genéticos: Estudios como el de Bolton, Fruhling, O'Connor, Perrin y Eley, (2007) y Bolton et al. (2006) mostraron que además de la influencia del ambiente, existe un factor genético que influye en el desarrollo de trastornos de ansiedad como Fobias específicas y Trastorno de Ansiedad por Separación. Asimismo, Baeza, Balaguer, Belchi y Coronas (2008) refieren que en el trastorno de pánico la aportación de la genética en la ocurrencia del trastorno se sitúa alrededor del 40%, mientras que en el Trastorno de Estrés Postraumático la heredabilidad se estima en un 20 – 30%.

Estilos de crianza: De acuerdo a Solloa (2001) las prácticas de crianza inadecuadas, relacionadas con afectos negativos pueden causar síntomas ansiosos

en los niños, ya que estos suelen percibirlos como controladores y rechazantés, así como familias poco cohesivas.

Sucesos vitales: Se han estudiado una serie de eventos vitales que pueden ser un factor para el desarrollo de síntomas relacionados a la ansiedad, por ejemplo uno de los sucesos más comunes es la ruptura familiar, aunque se piensa que el divorcio de los padres es el que causa directamente estos síntomas; se ha reportado que la manifestación de la ansiedad en niños está más bien en función del tipo de interacción que tienen los padres entre sí, como el conflicto interparental, o la frecuencia de las visitas del padre que no posee la custodia (Pons y Barrio, 1995). Otros acontecimientos vitales que pueden influir en la aparición de trastornos de ansiedad son accidentes, lesiones, incendios, inundaciones, separaciones, muerte, entre otros (Baeza et al., 2008).

Personalidad: De acuerdo a Baeza et al. (2008) una de las características principales que subyacen a los trastornos de ansiedad es un nivel elevado de ansiedad rasgo, debido a la vulnerabilidad y tendencia del individuo a reaccionar de forma ansiosa ante las situaciones; así mismo, existen rasgos de la personalidad que contribuyen al desarrollo de estos trastornos, como la evitación al daño y la inhibición conductual. Valiente, Sundín y Chorot (2002) refieren que la ansiedad como rasgo constituye un factor de predisposición a los problemas de ansiedad, mientras que la sensibilidad a la ansiedad es un factor de predisponían a problemas específicos de la ansiedad como los miedos.

Aprendizaje: existen dos enfoques para explicar la aparición de problemas de ansiedad, por una parte el condicionamiento clásico explica la aparición de fobias mediante la asociación de un estímulo neutro con estímulos aversivos; mientras que en el condicionamiento operante el reforzamiento positivo o negativo aumentará o disminuirá la probabilidad de ocurrencia de una conducta, o en otros casos la extinción de la misma, en el caso de la ansiedad el individuo aprende a evitar el estímulo ansioso ya que la consecuencia de esta conducta es no sentir ansiedad, por lo que continuará evitando el estímulo o la reacción de ansiedad puede ser

directamente reforzada por otras personas, como el niño que ante su fobia recibe la atención de su madre (Baeza et al., 2008).

MANIFESTACIONES DE LA ANSIEDAD

Como se mencionó, la ansiedad es un estado normal y adaptativo del ser humano que permite actuar y realizar conductas con la finalidad de protegerse ante un peligro o amenaza del exterior; sin embargo, la ansiedad puede convertirse en patológica cuando ésta aparece de forma desproporcionada y con intensidad respecto al peligro o la amenaza real, en estos casos y como menciona Díez (2000) la ansiedad como síntoma puede estar presente de forma secundaria en una serie de manifestaciones médicas o en otras ocasiones, puede constituir el núcleo central de algunos trastornos específicos, como en los trastornos de ansiedad.

De acuerdo con Beck y Emery (2014) existen síntomas y funciones que se manifiestan en los distintos trastornos de ansiedad que aparecerán como expresiones de un funcionamiento excesivo o una interferencia en la función de los sistemas mencionados, estos síntomas se dividen en cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos: a) Cognitivos: estos síntomas son el resultado de la inhibición de funciones normales o de una inhibición en el control voluntario de procesos que se encuentran bajo control. Respecto a los síntomas sensorio – perceptuales, son un subproducto de la interferencia con la función cognitiva normal, las dificultades para pensar pueden deberse a una inhibición cognitiva que interfiere en el recuerdo y el bloqueo o la capacidad cognitiva al estar expuesta ante el peligro disminuye para satisfacer otras exigencias en el procesamiento de la información; por último, respecto a los síntomas conceptuales, los autores los definen como una “usurpación” de los procesos cognitivos que reflejan una preocupación por la sensación de vulnerabilidad y peligro.

LOS SÍNTOMAS COGNITIVOS SON:

Sensorio – perceptuales: “Mente” confusa, nublada, aturdida, los objetos parecen borrosos / distantes, entorno parece diferente / irreal, sensación de irrealidad, timidez, hipervigilancia.

Dificultades para pensar: No se recuerdan cosas importantes, confusión, incapacidad para controlar el pensamiento, dificultad para concentrarse, distracción, bloqueo, pérdida de objetividad y de perspectiva, dificultad para razonar.

Conceptuales: Miedo a perder el control, miedo a no ser capaz de hacer frente, miedo a una lesión física / la muerte.

b) Afectivos: estos síntomas se refieren a la experiencia cualitativa de la ansiedad que puede diferir dependiendo de la situación y en el momento de la experiencia. Algunos de los adjetivos que comúnmente se utilizan para describir los síntomas afectivos son: irritable, impaciente, inquieto, nervioso, tenso, con los nervios de punta, ansioso, temeroso, asustado, atemorizado, alarmado, aterrorizado, agitado, excitado.

c) Conductuales: estos síntomas reflejan la hiperactividad o inhibición del sistema conductual. Los síntomas conductuales son: inhibición, inmovilidad tónica, huida, evitación, disfluencia del habla, coordinación defectuosa, agitación, colapso, hiperventilación.

d) Fisiológicos: estos síntomas reflejan la disposición del organismo para la autoprotección, en donde el sistema nervioso autónomo mediante la vía simpática facilitará estrategias de afrontamiento, la cual le permite al organismo hacer frente a las problemáticas expuestas o a escapar; así mismo, la vía parasimpática facilitara estrategias de colapso en el organismo. Los síntomas fisiológicos son:

Síntomas cardiovasculares: palpitaciones, desmayos, mareo, aumento o disminución de la presión sanguíneo, disminución del ritmo de las pulsaciones, sensación de corazón desbocado

Síntomas respiratorios: falta de aire, respiración rápida y poco profunda, presión en el pecho, sensación de nudo en la garganta, sensación de ahogo, espasmo bronquial, jadeo. Síntomas neuromusculares: aumento de reflejos, reacción sobresaltada, insomnio, espasmo, temblores, rigidez, debilidad generalizada, hiperactividad, movimientos torpes.

Síntomas gastrointestinales: dolor abdominal, pérdida del apetito, náuseas, molestias intestinales, vómitos.

Síntomas urinarios: presión para orinar, frecuencia de micción. Síntomas en la epidermis: sonrojo o cara pálida, sudor.

Rojas (1998) menciona otro grupo de síntomas que se manifiestan en la ansiedad, a los que denominó “síntomas asertivos”, estos hacen referencia a las técnicas de comportamiento orientadas al establecimiento de las relaciones sociales. Algunos de los síntomas asertivos que se presentan en la ansiedad son:

No saber que decir ante ciertas personas

No saber iniciar una conversación

Dificultad para presentarse uno a sí mismo

Dificultad o imposibilidad para decir que no o mostrar desacuerdo en algo

Dificultades para hablar de temas generales e intrascendentes

Bloquearse al hacer preguntas o al tener que responder

Adoptar en demasiadas ocasiones una postura pasiva

No saber llevar una conversación de forma correcta

No saber terminar una conversación

Pocas habilidades prácticas en una conversación

En los niños, las manifestaciones de la ansiedad son diferentes a la forma en la que se manifiesta en un adulto, además de que la forma de expresar esta ansiedad será variable. Acorde con Solloa (2001) existen una serie de manifestaciones que serán expuestas a continuación:

a) Manifestaciones cognitivas: estarán determinadas por la capacidad cognitiva del niño, su contexto familiar, lenguaje e imaginación; algunas de estas

formas de manifestarse serán mediante fobias, que es un miedo irracional ya que el objeto al que se teme no constituye un peligro real, así como pensamientos obsesivos que los niños pueden asociar como con una manera de ahuyentar la ansiedad.

b) Manifestaciones conductuales: puede manifestarse mediante cólera que irá acompañada de culpa, así como miedo a perder el cariño de los padres; de la misma manera la ansiedad puede manifestarse a través de agitación psicomotriz que se presentará con impulsividad, así como conductas de lucha y descargas motoras; otra forma de manifestarse es con hiperactividad e inatención ya que el comportamiento del niño será confuso y desordenado por lo que existirá una fuga de ideas y problemas en la concentración; por otra parte, pueden manifestarse en aspectos psicomotores como gestos desordenados, temblores, así como tics.

c) Manifestaciones somáticas: la ansiedad puede exteriorizarse mediante trastornos del sueño como pesadillas, terrores nocturnos o insomnio; a través de enuresis y encopresis debido a la tensión muscular que manifiestan, así como síntomas hipocondriacos.

d) Manifestaciones psicosociales: puede manifestarse mediante inhibición que repercutirá directamente en el desarrollo de relaciones interpersonales; puede existir conductas de evitación que el niño utilizará para impedir situaciones angustiantes, así como dependencia ansiosa que vendrá precedida por algún tipo de desamparo por parte de los padres.

Algunas de los síntomas mencionados pueden aparecer como manifestaciones adaptativas ante la ansiedad; sin embargo, cuando el peligro no es real y la respuesta continua cuando éste ya no está presente, la ansiedad puede considerarse patológica causando alteraciones en el funcionamiento del individuo (Beck & Emery, 2014). De esta manera, la ansiedad puede ser la generadora de trastornos; de acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) los trastornos de ansiedad se caracterizan por periodos excesivos de ansiedad que persisten más allá de los periodos de desarrollo apropiados, estos trastornos se diagnostican cuando los síntomas no son atribuidos a efectos fisiológicos de una

sustancia/ medicamento u otra afección médica, o no se explican mejor por otro trastorno mental.

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), los trastornos de ansiedad están organizados de acuerdo al desarrollo y están ordenados según la edad típica al inicio de los síntomas:

Trastorno de ansiedad por separación La principal característica de este trastorno es un miedo o ansiedad excesiva que no es acorde a su nivel de desarrollo, a separarse de aquellas personas por las que siente apego. Para diagnosticarse la persona debe tener al menos tres de los siguientes síntomas: malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego; preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte; preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (por ejemplo, perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego; resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación; miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares; resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego; pesadillas repetidas sobre el tema de la separación y quejas repetidas de síntomas físicos (por ejemplo, dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego. Estos síntomas deben durar al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y típicamente seis o más meses en adultos; así mismo la alteración deberá causar un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento y ésta no debe explicarse mejor por otro trastorno mental.

Mutismo selectivo: Los criterios diagnósticos de este trastorno son; un fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (por ejemplo, en la escuela) a pesar de hacerlo en otras

situaciones; esta alteración interfiere en los logros educativos, laborales o en la comunicación social; su duración será como mínimo un mes (no limitada al primer mes de escuela); el fracaso de hablar no se puede atribuir a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social; esta alteración no se explica mejor por un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia o algún y no se produce exclusivamente durante el curso de un trastorno del espectro del autismo, la esquizofrenia u otro trastorno psicótico. Los niños diagnosticados con este trastorno presentan una elevada ansiedad social, durante sus interacciones sociales no inician el diálogo o no responden cuando hablan con otros niños o con adultos; pueden hablar en presencia con sus familiares inmediatos pero no con amigos cercanos o con familia extensa y suelen expresarse mediante medios no verbales.

Fobia específica: Este trastorno se caracteriza por un miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (por ejemplo, volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre) que suele provocar miedo o ansiedad inmediata por lo que se evita o resiste activamente; el miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural; el miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses, causando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; esta alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental. Es importante destacar que en los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados o aferrarse.

Trastorno de ansiedad social (Fobia social) La principal característica de este trastorno es un miedo o ansiedad intensa en situaciones sociales en donde el individuo está expuesto a ser analizado por los demás, por lo que el individuo tendrá miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas); debido a que las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad estas suelen evitarse o resistirse; el miedo o la

ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural; este miedo, ansiedad o evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses, causando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; a su vez, estas no pueden atribuirse a los efectos fisiológicos de una sustancia, otra afección médica u otro trastorno mental. Es importante destacar que en los niños la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos y el miedo o la ansiedad se expresa mediante llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.

Trastorno de pánico: Este trastorno se caracteriza por ataques de pánico imprevistos recurrentes, en donde al menos a uno de los ataques le ha seguido un mes (o más) de uno o los dos hechos siguientes: inquietud o preocupación continua acerca de otros ataques de pánico o de sus consecuencias y/o un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques (por ejemplo, comportamientos destinados a evitar los ataques de pánico, como evitación del ejercicio o de las situaciones no familiares); así mismo, esta alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia, ni a otra afección médica u otro trastorno mental.

Agorafobia: La principal característica de este trastorno es el miedo o ansiedad intensa provocados por la exposición real o anticipatoria de dos (o más) de las cinco situaciones siguientes: uso del transporte público; estar en espacios abiertos; estar en sitios cerrados; hacer cola o estar en medio de una multitud y estar fuera de casa solo. El individuo teme o evita estas situaciones debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda si aparecen síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes o embarazosos, por lo que requieren la presencia de un acompañante o se resisten con miedo o ansiedad intensa; este miedo o ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantean las situaciones agorafóbicas y al contexto sociocultural, dura típicamente seis o más meses, causando malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral

u otras áreas importantes del funcionamiento; por ultimo, el miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

Trastorno de ansiedad generalizada: Este trastorno se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como laborales o escolares). Al individuo le es difícil controlar la preocupación y ansiedad que se asocian a tres (o más) de los seis siguientes síntomas (en los niños solo se requiere un ítem): inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta; fácilmente fatigado; dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco; irritabilidad; tensión muscular y problemas de sueño. Esta ansiedad, preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; esta alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia ni a otra afección médica u otro trastorno mental.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos La característica principal de este trastorno son los ataques de pánico o la ansiedad, que se desarrollaron durante o poco después de la intoxicación o abstinencia de una sustancia o después de la exposición a un medicamento, estos síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.; así mismo, el trastorno no se produce exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional y este no se explica mejor por un trastorno de ansiedad no inducido por sustancias/medicamentos.

Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica: La característica esencial de este trastorno son la presencia de ataques de pánico o ansiedad como consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica, estos síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. La afección médica debe corroborarse con las pruebas aportadas por la historia, la exploración física o los hallazgos de laboratorio; a su vez, se debe descartar que la alteración no se explique mejor por

otro trastorno mental y que esta no se produzca exclusivamente durante el curso de un síndrome confusional.

Otro trastorno de ansiedad especificado: En este trastorno predominan síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, sin embargo no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de ansiedad y el médico opta por indicar el motivo específico de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad en específico, por ejemplo: ansiedad generalizada que esta ausente más días de los que esta presente.

Otro trastorno de ansiedad no especificado: En este trastorno predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad, los cuales causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento; sin embargo, estos síntomas no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de ansiedad, por lo que el médico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de un trastorno de ansiedad en específico.

CONSECUENCIAS DE LA ANSIEDAD

Durante los últimos años se ha investigado las consecuencias de problemas psicológicos que presentan los niños, como la ansiedad; en donde es de esperarse que el mantenimiento de ésta a lo largo del tiempo ocasione alteraciones y problemas graves en la vida adulta.

Diversos estudios longitudinales muestran que problemas psicológicos en niños predicen y originan trastornos psiquiátricos en la adultez, Last, Hansen y Franco (1997) realizaron un estudio en donde a lo largo de ocho años siguieron el desarrollo psicosocial de niños con trastornos de ansiedad, encontrando que estas personas (adultos jóvenes) tenían un ajuste psicosocial relativamente estable; sin embargo solían desarrollar como enfermedad conurbada, depresión. De la misma manera, estudios longitudinales han seguido el desarrollo de problemas

psicológicos de niños, mostrando que niños con problemas de ansiedad desarrollan en la adultez trastornos de ansiedad, trastornos conductuales y del estado de ánimo como depresión (Bittner, Egger, Erkanli, Costello, & Foley, 2007; Copeland, Shanaham, Costello & Angold, 2009; Reef, Meurs, Verhulst & Ende, 2010).

Se ha reportado que adolescentes con trastornos de ansiedad presentan un riesgo elevado de padecer depresión, consumo de drogas y bajo rendimiento escolar en la adultez temprana (Woodward & Fergusson, 2001). Adolescentes con problemas de ansiedad presentan en la adultez un bajo funcionamiento en el ámbito laboral, relaciones familiares inestables, una menor satisfacción con la vida, pocas habilidades de afrontamiento, además de padecer estrés crónico (Essau, Lewinsohn, Olaya, & Seeley, 2014).

Ameringen, Mancini y Farvolden (2003) reportan que los trastornos de ansiedad, principalmente el Trastorno de Fobia Social, con un inicio en la niñez o adolescencia pueden resultar en una discapacidad en el funcionamiento social y ocupacional; en el estudio realizado aproximadamente el 49% de los niños con este trastorno abandonaron la escuela y el 24% indicó que la razón se debía a la ansiedad, asimismo estas personas presentaban una historia de abuso de drogas y/o alcohol.

De esta manera, los diferentes estudios realizados sobre la ansiedad y sus consecuencias a corto y largo plazo demuestran que niños con problemas y trastornos de ansiedad, desarrollan alteraciones psicológicas durante la adolescencia y la adultez, además de haber un pobre funcionamiento en distintos ámbitos de la vida, como el laboral, escolar, familiar o social.

CAPÍTULO 3. CASO CLÍNICO

PRESENTACIÓN DEL CASO

Luis es un niño de 6 años de edad cursa el primer año de primaria. El menor vive con sus padres y su hermano mayor de 8 años de edad. Sus padres viven en unión libre.

Luis, tenía una relación muy distante con su padre, por lo que no le tenía confianza y la madre comentaba que sólo estaba presente para regañar y castigar; con su madre la relación era mejor ya que le tiene confianza y la sentía más cercana. La madre por su parte mencionaba que le gustaría tener más tiempo con sus hijos, pues siente que los descuida.

En cuanto a la relación con su hermano ésta era conflictiva, puesto que peleaban frecuentemente, llegando a gritarse e incluso a golpearse, situación que se presenta especialmente con el hermano mayor, cada que están conviviendo.

MOTIVO DE CONSULTA

Luis asistía a las instalaciones de DIF, debido a dificultades de sociales que presentaba en la escuela y así como la sensación de que tenía bichos en el cuerpo, en donde se le realizó una evaluación e intervención.

De igual forma, la madre de Luis mencionaba que su hijo era muy nervioso y le mencionaba que sentía bichos en el cuerpo; también comentaba la mala relación que lleva con su padre y los frecuentes conflictos con su hermano.

HISTORIA DEL DESARROLLO

Luis es producto del segundo embarazo, no fue planeado, mencionó que al enterarse de la noticia “se emocionó” y “esperaba tener una niña”; por otro lado, la reacción del padre fue más indiferente.

Menciona que al estar embarazada tuvo una discusión muy fuerte con el padre del menor ya que se perdió por días y le decían que probablemente estaba muerto, menciona que la familia del padre le hacía comentarios muy desagradables acerca de la situación y ella se sentía muy mal. Posteriormente localizan al papa de Luis y inicia un tratamiento psiquiátrico ya que se le diagnostica esquizofrenia.

El embarazo tuvo una duración de 9 meses y fue por vía vaginal, con 5 horas para la labor del parto.

La reacción de la madre al ver a su hijo fue “emoción y ternura”, sin embargo el padre no vio a su hijo sino hasta el siguiente día pues no estuvo presente en el parto ya que se quedó cuidando a su hijo mayor.

Durante el primer año de vida, Luis fue un bebe sano y no tuvo dificultades.

En cuanto al desarrollo motor, sostuvo la cabeza a los 3 meses, se sentó y gateó entre los 5 y 7 meses, comenzó a caminar y a decir sus primeras palabras al año. Por otra parte logró el control de esfínteres a los dos años.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO

Durante el proceso de intervención, el menor mostró una actitud positiva hacia las actividades realizadas, especialmente aquellas relacionadas con el juego y el movimiento, pues las relacionadas con dibujar y escribir no llamaban tanto su atención, sin embargo, siempre colaboró.

Luis se mostró en todo momento como un niño activo y participativo, durante las sesiones nunca mostró manifestaciones de ansiedad evidentes. Inicialmente fue difícil hablar con el niño acerca de su ansiedad, pues no lograba identificarlas; la que reconocía con mayor facilidad, era el enojo pues lo sentía cuando le pegaban o molestaban. Dentro de la familia del menor, ansiedad no eran un tema considerado ni hablado, por lo que se trabajó en conjunto por medio de actividades lúdicas y breves explicaciones.

Ante la noticia de que su familia asistiría en algunas ocasiones a acompañarlo Luis se mostró distraído, sin embargo cuando se le explicó que sería un momento agradable en compañía de su familia, al experimentarlo, logró disfrutar las actividades.

Durante las sesiones de orientación, el padre del menor se notaba inicialmente

incómodo, situación que cambió radicalmente a lo largo de las sesiones pues tanto el padre como la madre de Luis, se mostraban accesibles, atentos y motivados.

Las sesiones familiares, fueron probablemente las más beneficiosas para el proceso de intervención pues todos los miembros de la familia se mostraban gustosos y animados para realizar las actividades. Los padres aprendieron a disfrutar un momento agradable con sus hijos, mientras que los niños disfrutaban la compañía familiar.

EVALUACIÓN

Antes de seleccionar el tratamiento, se realizó una valoración psicológica, la cual fue diseñada con base en el motivo de consulta, ésta fue enfocada principalmente en las áreas emocional y familiar pues no se presentaban dificultades académicas.

Los instrumentos y técnicas empleadas en la evaluación psicológica fueron:

1. Entrevista con la madre
2. Historia clínica
3. Dibujo de la figura humana
4. Dibujo de la familia

Con la evaluación realizada se llegó a la conclusión de que el menor presentaba inestabilidad emocional, inseguridad, así como emoción de enojo e inadecuación ante su medio ambiente familiar pues lo experimentaba como exigente y poco cálido. Debido a lo anterior, Luis poseía un autoconcepto devaluado ante la incapacidad de responder a las demandas del medio ambiente en el que se encontraba.

Ya que medio que lo rodeaba no le brindaba la estabilidad adecuada para su desarrollo, el menor percibía su medio como rígido y abrumador, se sentía amenazado y presentaba sentimientos de ansiedad e inseguridad.

Dentro de su familia, la forma de relacionarse era a través de la violencia, por lo que los niños sufrían situaciones de malos tratos.

Si bien Luis no presentaba manifestaciones de maltrato físico, sí presentaba conductuales tales como agresividad en casa y enojo, emocionales como ansiedad y una afectación en el vínculo afectivo entre el niño y sus padres, el cual era más notorio con el padre pues éste era lejano y estaba presente únicamente para castigar.

Presentaba dificultades para expresar sus emociones de manera adecuada, ya que sus habilidades de regulación emocional estaban disminuidas por lo que el medio que empleaba para expresarlas era a través de su cuerpo, llevándolo a experimentar signos de ansiedad tales como movimientos motores específicamente de cuello y brazo.

Por otro lado, algunas de las fortalezas con las que contaba Luis eran la motivación para disminuir la presencia de emociones como el enojo y la tristeza, así como su buen rendimiento académico. En cuanto a las fortalezas en el área familiar se encontraban, la motivación de los padres para generar un cambio en su núcleo familiar, así como la participación e inclusión de la familia dentro del proceso.

SELECCIÓN DEL TRATAMIENTO MÁS ADECUADO

Debido a que los signos de ansiedad de Luis se relacionaban con las interacciones violentas en casa, por lo cual era necesario intervenir no sólo con el menor sino con su núcleo familiar completo.

Se consideró que la mejor opción para trabajar tanto con Luis como con su familia era un plan de tratamiento cognitivo conductual con el menor y realizar actividades de juego integrativo familiar, individualizado de acuerdo a las necesidades del paciente integrando teorías y técnicas.

De igual forma, se tomaron en cuenta la terapia de juego familiar y el terajuego, ya que éste tiene por objetivo mejorar el apego entre los padres y el niño, la autoestima y confianza, así como mostrar a los padres sensibilidad con las necesidades de su hijo, lo cual se logra a través de orientación y consejería. Mientras que en la terapia de juego familiar se enseñan habilidades de resolución de conflictos para su utilización en el futuro y los padres aprenden habilidades parentales y estilos de interacción más efectivos, creando de esta forma un puente entre adultos y niños (Schaefer, 2012).

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS Y METAS

De acuerdo al motivo de consulta manifestado, la evaluación psicológica realizada y la descripción del comportamiento del menor, se determinaron los siguientes objetivos y metas terapéuticas:

1.- Ayudar a Luis como a su familia a identificar expresar y manejar sus emociones de manera asertiva, con la finalidad de que tuvieran un mejor control en sus sentimientos y por lo tanto sobre su conducta, con ello disminuir la ansiedad.

2.-Fortalecimiento de su autoestima, con la finalidad de que Luis se considerara una persona valiosa y capaz de hacer frente a las dificultades de su vida cotidiana.

3.- Disminución de la ansiedad, a través de identificar qué la generaba y realizar actividades y técnicas, tanto individuales como familiares, para que la inquietud motora de se extinguiera.

4.- Mejorar el vínculo afectivo entre los padres y sus hijos, especialmente con el padre esto con la finalidad de generar un cambio en la forma en que los padres se relacionan con sus hijos, mejorar la comunicación familiar y darles una oportunidad de experimentar nuevas formas de relacionarse.

5.-Orientar a los padres respecto a la forma de establecer límites y reglas de forma cariñosa y firme; disminuyendo de esta forma los patrones de malos tratos hacia sus hijos.

INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Sesiones iniciales 1 y 2

Historial clínico y motivo de consulta

El objetivo principal de las sesiones fue comentar con Luis y su madre y conocer los motivos que consideraban lo habían llevado a terapia; cuando ambos llegaron la madre se mostró dispuesta a participar, mientras que el menor fue más reservado en presencia de su madre.

La madre expresó su preocupación ante distintas situaciones tales como la inquietud motora de su hijo, las frecuentes peleas y discusiones entre sus hijos, así como el distanciamiento del padre de Luis, ya que rara vez estaba presente en casa para algo que no fuera regañar y castigar.

De igual forma se consideró importante aclararle a Luis, el trabajo que realiza un psicólogo infantil, para que el niño comprenda y acepte el proceso terapéutico. En donde se le plantearon situaciones de la vida cotidiana para aclarar dudas y temores que suelen plantearse los niños y sus padres, generando una actitud positiva ante la terapia lo cual resulta tranquilizador para el niño. Se le solicitó a la madre del menor iniciar un registro de conducta para analizar las frecuencias en las que el menor aumentaba su ansiedad, con fechas, horario y que se encontraba haciendo, con quienes se encontraba en ese momento.

Sesiones 3 y 4

Se trabajó con la aplicación de pruebas psicométricas.

Y se inició el plan de tratamiento diseñado específicamente para contribuir al desarrollo integral de Luis. Se instruyeron técnicas de relajación para reducir la ansiedad general y manejar los síntomas de la ansiedad (por ejemplo, relajación

muscular progresiva, imágenes guiadas, respiración diafragmática lenta) y se enseñó a diferenciar mejor la relajación y la tensión; enseñar a Luis para que practique la relajación a diario; revisar y reforzar los logros aportando comentarios correctivos para la mejora.

Se trabajó con “la caja de la esperanza o kit de esperanza”, que de acuerdo con Herniques, Beck y Brown (2013) es una actividad psicoterapéutica importante desde la intervención cognitiva (Citado en Toro, 2013, p.96).

Para ello, se solicitó que en una caja juntara fotografías agradables, recortes, cartas, cosas con valor sentimental y así tener un “kit” de motivos para vivir. Esta técnica fue muy agradable para Luis ya que actuaba muy emocionado y entusiasmado al momento de mostrar su kit completo. También con esta técnica se trabajó (“Enfrentar los problemas sin miedo y no huír de ellos”) Mejorar el vínculo afectivo entre los padres y sus hijos al evocar pensamientos positivos.

Sesiones 5 y 6

Se trabajo con la identificación de la ansiedad

Verbalizar con un títere y el termómetro de la ansiedad que se comprende que los pensamientos, los sentimientos físicos y las acciones conductuales influyen en la ansiedad y en su tratamiento; Explicar que los miedos y las preocupaciones suelen conllevar una preocupación excesiva sobre amenazas irrealistas; varias expresiones corporales de tensión, agitación excesiva e hipervigilancia; y una evitación de lo que parece amenazante, lo cual contribuye al mantenimiento del problema.

Explicar que el tratamiento apunta al miedo, a la preocupación, los síntomas de ansiedad y la evitación para ayudar a Luis a manejar sus pensamientos y la agitación excesiva de forma efectiva y a superar la evitación innecesaria. Se comentaron ejemplos que demostraron que el miedo o la preocupación irrealistas suelen sobreestimar la probabilidad de amenazas e infravalorar la capacidad del Luis de manejar las demandas realistas. (Se realizo atraves de la narrativa)

Sesion 7 y 8

Luis verbalizo con un dibujo la comprensión del papel que desempeña el pensamiento temeroso en la creación de miedos, preocupación.

Con el uso de una familia de juguete se llevo a Luis a cuestionar su miedo o preocupación examinado la probabilidad real de que esa expectativa negativa ocurra, las consecuencias reales si ocurre, su capacidad de manejar el resultado probable, el peor resultado posible y su capacidad de aceptarlo.

Se lleva a Luis a comprender mejor la idea de que el miedo y la preocupación conllevan una forma de evitación del problema, lo cual crea una agitación nerviosa e impide que se resuelva. Donde el menor en automatico hizo uso de las tecnicas de relajación y saco su ruleta de resolución de conflictos.

Sesion 9, 10 y 11

Pedir a Luis que imagine de forma realista que realiza la exposición, o realizarla en vivo hasta que la ansiedad asociada con ella se reduzca y se refuerce la sensación de seguridad y/o confianza; analizar la experiencia

Se solicita a Luis trabajar en sesiones familiares de juego para resolver los conflictos y mejorar el nivel de funcionamiento saludable de la familia, participando en sesiones de terapia familiar que identifiquen y resuelvan los conflictos entre los miembros de la familia.

CONCLUSIONES

La ansiedad es una de las problemáticas que tiende a complicarse con el paso del tiempo, un mal manejo de ésta durante la infancia y a lo largo del crecimiento del niño puede generar un trastorno de ansiedad; convirtiéndose de una ansiedad normal y esperada en todos los seres humanos, a una ansiedad patológica que incapacita la vida de la persona, repercutiendo en diferentes áreas de su vida e impidiendo un sano desarrollo en las mismas.

Es por esto que se vuelve primordial detectar en los niños dificultades en el manejo adecuado de la ansiedad, ya que una detección temprana puede impedir el desarrollo de problemáticas y de diferentes trastornos; sin embargo, cuando esto no es posible y la problemática empeora generándose un trastorno de ansiedad, es sumamente importante desarrollar una intervención psicológica que permita erradicar los síntomas que impiden un sano desarrollo en las diferentes áreas de su vida e impedir que el trastorno y síntomas continúen desarrollándose.

Debido a esto, se desarrolla esta propuesta mediante la revisión, análisis y recopilación de información de las principales estrategias de intervención, objetivos y metas terapéuticas desde un enfoque cognitivo conductual. Se retomaron y adaptaron técnicas utilizadas en la terapia cognitivo conductual en adultos, con la finalidad de que éstas sean sensibles al desarrollo de los niños, buscando dinámicas lúdicas que tengan el mismo efecto de las técnicas utilizadas en población adulta para el aprendizaje de habilidades que permitan un manejo adecuado de la ansiedad.

La implementación de esta intervención permitiría atender una de las problemáticas más importantes en la actualidad, los trastornos de ansiedad; observándose la alta prevalencia de éstos en centros que tienen como objetivo otorgar atención psicológica a la comunidad; como lo es el DIF municipal de coatzacoalcos; de esta forma, se muestra la necesidad de implementar propuestas que tengan como objetivo atender estas problemáticas. Esta intervención permitiría que los niños aprendieran habilidades que les permitan manejar de una forma mas

adecuada la ansiedad, impidiendo de esta forma el desarrollo y/o mantenimiento de un trastorno, permitiendo un sano desarrollo en los menores.

Igualmente, al ser una intervención directiva y con un número específico de sesiones, los beneficios de tiempo y alcance son mayores; pudiendo implementar esta propuesta en distintos contextos.

En cuanto a las limitaciones de esta intervención se encuentra que los padres tengan la disposición de realizar las tareas para reforzar de una forma más consistente las estrategias implementadas debido a características individuales del niño. Así mismo, esta intervención contempla sesiones con los padres, los cuales son factores importantes en el éxito y a su vez, podrían continuar promoviendo el uso de estas estrategias con el paso del tiempo, extendiendo el impacto de la intervención; por lo que sería importante que se brinden sesiones en donde se les entrene de igual manera en estas estrategias y puedan ponerlas en práctica junto con sus hijos.

En conclusión, esta propuesta tiene como finalidad que los niños aprendan a manejar la ansiedad de formas más adecuadas, con el objetivo de que no se vuelva un obstáculo que les impida desarrollarse en las diferentes áreas y facetas de sus vidas; de esta forma, una detección y un tratamiento oportuno permitirá que el trastorno no continúe desarrollándose y que las alteraciones y problemáticas que puedan presentarse en años posteriores se disminuyan o se erradiquen, promoviendo el sano desarrollo y crecimiento del menor.