



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

**Terapia de juego cognitivo conductual: Plan de
intervención para niños con ansiedad**

TESIS

Que para obtener el Título de

Licenciada en Psicología

P R E S E N T A

Linda Katherine Nájera Castillo



DIRECTORA DE TESIS:

Dra. Carolina Santillán Torres Torija

Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla Estado de México,
2021



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.

Dedicatoria.

Este proyecto quiero dedicarlo a Dios, a mi familia y a las personas que estuvieron conmigo durante mi carrera y en el proceso de elaboración de esta tesis.

A mis papás, Pilar y Gilberto, y a mi hermano Elliot, quienes estuvieron conmigo en cada uno de los pasos que daba en todo el trayecto de mi carrera, además por haber confiado en mí en cada una de mis decisiones, por haberme dado todo el amor y por inculcar en mí el deseo de superación y el amor a mi profesión.

A mis abuelos Humberto y Consuelo quienes me brindaron todo el apoyo cuando más lo necesité, por creer en mí, y por darme esas sabias palabras y consejos que sirvieron de guía y motivación para la culminación de esta etapa.

A Salvador, quien llegó a mi vida hace 9 años, que creció a mi lado y me ayudó a entender y solucionar la vida, por haberme dado amor, confianza y sobre todo fuerzas en los momentos más difíciles de mi carrera.

Los amo.

Agradecimientos.

Mis agradecimientos son para mi Universidad, para la UNAM como institución, que me abrió sus puertas y me acogió durante algunos años, por haberme dado la oportunidad de crecer, aprender y desarrollarme como persona, por todas las oportunidades que me brindó y por aquellas personas que fueron parte de mi formación.

Agradezco a profesores, compañeros, amigos y a mis asesores por haber dedicado valioso tiempo y esmero para que este proyecto fuera único.

En especial quiero agradecer a la Dra. Carolina por toda su paciencia, comprensión y apoyo incondicional, por haber sido una inspiración y guía en el transcurso de la elaboración de esta Tesis.

Finalmente quiero extender mis agradecimientos a “Meli” y a su familia, por haber aceptado ser parte de mi proyecto, por haber confiado y por haberme ayudado a creer en mí, por haberme ayudado a alcanzar la meta, gracias por ser los primeros en mi vida como profesional.

índice

Marco Teórico	9
Ansiedad.....	9
Definición de ansiedad.....	24
Ansiedad en la Infancia.....	26
Descripción y aspectos generales	28
Variables asociadas a la ansiedad infantil	31
Sintomatología Ansiosa	34
Síntomas en niños.....	37
Trastornos de Ansiedad Infantil más Comunes.....	39
Trastorno de ansiedad por separación	40
Trastorno de ansiedad generalizada	43
Fobias	45
Trastorno obsesivo compulsivo	49
Prevalencia	52
Instrumentos de Evaluación de Ansiedad en la Infancia	55
Cuestionario de ansiedad infantil.....	58
Escala de ansiedad manifiesta en niños CMASR-2.....	60
Kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children KSADS-PL.....	63
Tratamiento Niños.....	64
Terapia cognitivo conductual.....	65

Terapia de juego cognitivo conductual	78
Justificación.....	86
Justificación Teórica	90
Justificación Empírica	94
Pregunta de Investigación	99
Objetivo General	99
Objetivos Específicos.....	99
Hipótesis	100
Definición Conceptual y Operacional de las Variables.....	100
Variables independientes.....	100
Variables Atributivas	100
Variables Activas	101
Variables Dependientes.....	101
Método	102
Tipo de Estudio.....	102
Tipo de Investigación	103
Tipo de Diseño.....	103
Participantes.....	103
Escenario.....	104
Materiales	104
Instrumentos.....	106

Entrada al Campo	107
Procedimiento.....	108
Resultados	130
Discusión.....	141
Conclusiones.....	150
Referencias	154
Anexos	162

En la actualidad, hablar de la ansiedad, es una de las cosas más comunes dentro de nuestra sociedad, pues cada vez más nos estamos familiarizando con su aparición en cada uno de nosotros. En el momento actual, es cotidiano, que un sin número de acontecimientos y condiciones nos hagan estar en constante alerta y presentar algunos de sus síntomas. Algunas situaciones diarias, como la violencia, la falta de economía, la escuela o el trabajo, provoca una exposición constante al desarrollo de la ansiedad.

En muchas ocasiones, la aparición de los síntomas de ansiedad, son considerados como algo común o como una situación con la que las personas tienen que lidiar, ya que existe muy poco conocimiento sobre ellos. Sin embargo, es importante aprender a identificar su aparición, ya que, en la mayoría de las veces, estos síntomas aparecen en la niñez y se mantienen hasta la edad adulta. Es por ello que la detección y el tratamiento oportuno marcaría la diferencia en el cambio de la calidad de vida del niño y más tarde del adulto.

La ansiedad en niños y niñas, comúnmente pasa desapercibida por muchos de nosotros, puesto que la información que se conoce suele ser muy poca y confusa. A esta edad, suelen aparecer algunos miedos, lo que nos lleva a pensar que con el tiempo estos pueden desaparecer, pero, si no existe la atención necesaria, puede que estos temores crezcan, y se conviertan más adelante en preocupaciones difíciles de controlar.

Los miedos y las preocupaciones, son experiencias comunes en la infancia, tienen la funcionalidad de protección ante diferentes peligros, razón por la cual la aparición de algunos síntomas no necesariamente será motivo de alarma, ya que podrán ayudar a los infantes a afrontar algunas situaciones que les resultan problemáticas. Algunos de los síntomas más comunes de la ansiedad infantil, que no siempre ayudan a afrontar situaciones de amenaza, son: falta de aire, hiperventilación, náuseas, dolor de estómago, cansancio o fatiga, dificultades para

dormir, pesadillas, preocupación constante, dificultad para concentrarse, entre otros, que son más específicos, dentro de las clasificaciones de los trastornos propios de ansiedad.

De forma general, se puede decir que la ansiedad en los niños y niñas se presenta en forma de miedos a estímulos específicos o imaginarios y ante cualquier situación de riesgo, en donde el aumento de sus síntomas dependerá en gran medida del control que el niño tenga de sus habilidades de afrontamiento. Eventualmente los miedos se superan con el curso del desarrollo, ya que las diferentes experiencias de aprendizaje traen consigo nuevas estrategias que contribuyen a controlar paulatinamente los miedos y síntomas ansiosos, pero, cuando esto no sucede así, la intervención adecuada, dará la pauta para enseñar y llevar al infante, a una forma de vida más llevadera y adaptativa.

En cuanto a la eficacia de los tratamientos cognitivo conductuales en la niñez, se ha demostrado que, a pesar de presentar dificultades en cuanto a la forma de abordar a los menores, se logró crear una terapia que se centrará específicamente en su forma de pensar, de actuar y de sentir, utilizando el juego y adecuando cada una de las técnicas más utilizadas hasta el momento, en terapia cognitiva con adultos. La terapia cognitivo conductual ha demostrado, con su enfoque basado en la evidencia, ser eficaz en la identificación, evaluación y en la modificación de pensamientos disfuncionales, además de la adquisición de nuevas habilidades de afrontamiento.

Con este principio, el juego, se ha implementado en la terapia cognitivo conductual, con propósitos diversos, para facilitar la adquisición de habilidades, para ayudar en el afrontamiento de dificultades, para asistir al menor en la creación de creencias y auto verbalizaciones adaptativas y para eliminar aquellas cogniciones disfuncionales. La terapia de juego cognitivo conductual, ha sido creada con la finalidad de ofrecer una alternativa para el tratamiento con infantes, para que, en conjunto con los principios de la terapia cognitiva, integren técnicas

conductuales y de juego que favorezcan el cumplimiento de los objetivos y el cambio permanente en los niños y niñas, así como mejorar el ambiente, volviendo a este más atractivo y divertido para ellos.

Marco Teórico

Ansiedad

La ansiedad, a lo largo del tiempo ha sido entendida de maneras muy similares, sin embargo, ha tenido algunas diferenciaciones. Al principio, la ansiedad era explicada a partir de los principios de la teoría psicoanalítica ya que, en aquella época, era ésta la que más acercamientos había tenido. La ansiedad en este sentido, era considerada por muchos como un aspecto psiconeurótico, es decir como parte de la neurosis.

En inicio quien consideró la ansiedad como parte de la neurosis, como se sabe fue Freud, ya que con su publicación “Las primeras aportaciones a la teoría de la neurosis”, se abre paso y habla por primera vez de lo que se llamaría “neurosis de angustia”. Con ello, se comienza a hablar de ésta relacionándola completamente con el término ansiedad (Gaudencio, 1997).

Freud consideraba a la ansiedad como algo conectado al reflejo de huida, y como una manifestación del instinto de conservación, en su opinión la ansiedad neurótica, era el resultado de la percepción de un peligro interno, era la reacción afectiva que se da cuando los impulsos inconscientes amenazan con convertirse en conscientes y era el resultado del miedo a las consecuencias, cuando fallan los mecanismos de defensa y permiten que las exigencias del (ello) lleven a una persona a realizar una acción impulsiva de carácter instintivo (Beck, Emery, y Greenberg, 2014).

Es decir, de acuerdo a esta teoría, dicho término se describe como, el resultado de la percepción (consciente o inconsciente) del individuo ante una situación de peligro, o bien como,

una respuesta no realista que hace frente a una situación temida por la persona, que puede implicar o no, algún miedo real (Cuceli, 2014). El enfoque psicodinámico postulaba que la conducta ansiosa obedecía motivaciones inconscientes, en donde la falla principal aparecía dentro del aparato psíquico (Ello, yo, superyó), lo que implicaba seguir con un modelo de tratamiento en donde fuera posible acceder al material dentro del inconsciente.

Freud, por ello da pie a tres teorías de la ansiedad, en primer lugar, la “ansiedad real”, que aparece de la relación que se establece entre el Yo y el mundo exterior, la segunda, la “ansiedad neurótica”, que se entiende también como una señal de peligro originada a partir de los impulsos reprimidos del individuo, y finalmente la tercera, la “ansiedad moral” que aparece, con la vergüenza y el temor ante la amenaza del superyó (Cuceli, 2014).

A partir de las consideraciones psicoanalíticas, se dieron lugar diversas clasificaciones que siguieron con sus principios. Con el nacimiento de la primera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) surge la primera clasificación, en donde las tres primeras categorías fueron, “reacción ansiosa”, “reacción fóbica” y “reacción obsesiva compulsiva”. Cuando aparece el DSM II surge otra denominación en donde se le clasificó como “neurosis ansiosa”, y finalmente cuando se modifica en el DSM III, se retoma el concepto neurosis en conjunto con una redistribución de comportamientos, pensamientos y síntomas fisiológicos (Gaudencio, 1997).

Así en las siguientes, se mencionaba ya la aparición de trastornos, en el DSM III-R en 1987, se comenzaban a clasificar principalmente tres trastornos característicos en la infancia y adolescencia, la ansiedad por separación, el trastorno de evitación y la ansiedad excesiva (McClure y Friedberg, 2011). Con la clasificación del DSM IV en 1995 y IV-TR en el 2000 llega una modificación y se comienza a comprender a los trastornos de ansiedad en diferentes agrupaciones, como las crisis de angustia, el trastorno de ansiedad generalizada, fobias sociales,

trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático (American Psychiatric Association, 2000).

Después, en la clasificación del DSM V, se incluyen algunos más como, el mutismo selectivo, trastorno de pánico, otro trastorno de ansiedad especificado, trastorno dismórfico corporal, trastorno de acumulación, la tricotilomanía y trastorno de excoriación, estos últimos cuatro encontrados dentro del espectro obsesivo compulsivo (American Psychiatric Association, 2014).

Con lo anterior se ha de entender que, si bien las primeras clasificaciones tuvieron su base a partir de postulados psicoanalíticos, estas cambiaron a lo largo del tiempo, mismo que pasó con las teorías explicativas de la ansiedad. Como es sabido, a pesar de no ser la ansiedad el interés principal de la teoría psicodinámica, si fue una de las primeras en explicar la definición y funcionamiento de esta. No obstante, fueron apareciendo más explicaciones teóricas, dando lugar a otras prácticas que tuvieran una mayor utilidad científica, es ahí donde el conductismo empieza a llevar los principios del condicionamiento clásico y operante a cuestiones en el campo clínico y aplicado.

En el conocido artículo “análisis estímulo-respuesta de la ansiedad y su papel como agente reforzante”, Mowrer propuso una visión que toma como punto de partida la última explicación freudiana de la angustia, y da inicio a una postura conductual. De acuerdo con Gondra (2007), Mowrer, a partir de los experimentos del aprendizaje aversivo con ratas, decía que la ansiedad es la forma condicionada, que aparece ante la reacción de dolor que era producida por el choque eléctrico.

En este sentido, el experimento era una demostración de que a pesar de que la aparición del choque, servía como estímulo aversivo, este producía una respuesta que utilizaba como refuerzo, impidiendo su recurrencia. De manera que para Mowrer, la ansiedad, siguiendo esta

premisa, se trata de un estado emocional displacentero, que es evocado por algún estímulo vinculado a una situación traumática, que, a manera de refuerzo, se activa un sistema de defensa, que evitará dicho estímulo aversivo (Gondra, 2007).

De modo que, según el condicionamiento clásico, cuando un estímulo neutro, se asocia repetidamente con una experiencia aversiva (estímulo incondicionado) que conduce a la experiencia de ansiedad (respuesta incondicionada), adquiere la capacidad de provocar una respuesta similar a la de la ansiedad (respuesta condicionada) (Edelmann, 1992, citado en Beck y Clark, 2012). En otras palabras, el condicionamiento clásico subraya que los miedos humanos se adquieren a consecuencia de que algún estímulo neutro se asocie con alguna experiencia previa provocadora de ansiedad.

Por lo que, en primer lugar, este enfoque considera que la respuesta incondicionada, se verá incrementada por la repetición de la asociación entre los estímulos condicionados e incondicionados, en donde el miedo o ansiedad, se verá favorecida por estímulos incondicionados, y en segundo lugar que si se asocia con estímulos neutros similares a los estímulos incondicionados pueden provocar respuestas de miedo o ansiedad (respuesta condicionada) en los que a mayor semejanza, mayor será la respuesta. Dicho modelo, es considerado como pionero en el campo del estudio de las fobias y ha dado lugar a otros estudios dentro de la psicología experimental, como lo fue el experimento del pequeño “Albert” realizado por Watson y Rayner (Gaudencio, 1997).

Así mismo, Mowrer (1939) citado en Beck y Clark (2012) presentó una revisión global del condicionamiento (Teoría de los dos factores) a fin de comprender mejor la conducta de evitación y la persistencia de los miedos humanos, en donde postuló dos clases de aprendizaje, *el aprendizaje del signo* y *el aprendizaje de la solución*. El primero explica la adquisición de las emociones, significados, actitudes y cogniciones, mientras que el segundo media la adquisición

de los hábitos instrumentales (Gondra, 2007). Ésta se convirtió en una explicación conductual de amplia aceptación, sobre la etiología y persistencia de los miedos clínicos y de los estados de ansiedad.

Aun con el éxito de lo establecido por los conductistas, la teoría tuvo exigencias respecto a los elementos cognitivos que intervienen en la adquisición y mantenimiento de la ansiedad, ya que hasta entonces no habían sido considerados. Esto mismo ocasionó que fuera un motivo para que igualmente surgieran críticas y nuevas formas de conceptualización.

Y aunque se han propuesto diversas mejoras del modelo, es evidente que la teoría no logra explicar satisfactoriamente el desarrollo y persistencia de los miedos y ansiedad, por lo que muchos psicólogos conductuales concluyeron que se requerían constructos cognitivos para explicar adecuadamente su desarrollo y mantenimiento, incluso en los estados de fobia (Beck y Clark, 2012).

En este sentido, Lang en el año 1968, propone una teoría tridimensional, que se fundamenta en la correlación entre los sistemas cognitivo, fisiológico y motor, además establece el enfoque basado en el procesamiento de la información, que explica la construcción de la realidad del individuo. Postuló que hay tres tipos de información, en primer lugar, aquella que se relaciona con los estímulos externos o bien, los objetos o situaciones que dan lugar a la conducta emocional, en segundo, las respuestas, una expresión o conducta verbal y el tercero, el significado del estímulo y las respuestas. Con ello, Lang recibió un fuerte apoyo empírico sobre la base de estas implicaciones, así que las llevó a cabo en la práctica clínica en el tratamiento de la ansiedad, basándose en la respuesta y la sincronía entre los tres sistemas, verbal, fisiológico y motor (Lang, 1985, citado en Gaudencio, 1997).

El modelo de procesamiento de la información, fue parte fundamental para el entendimiento de los primeros postulados del enfoque cognitivo conductual, ya que como lo

comenta, Rodríguez y Vetere (2011), el hombre construye su realidad a partir de una serie de estructuras y procesos que le permiten significar y dar sentido a su experiencia, por lo que, para su supervivencia el hombre necesita procesar adecuadamente la información proveniente del mundo externo e interno y construir una visión coherente de sí mismo y del mundo, además de construir un sistema para predecir y explicar nuestras experiencias y relaciones con el medio.

El modelo de procesamiento de la información puede entenderse como, aquellas estructuras, procesos y productos involucrados en la representación y transformación de significados basados en los datos sensoriales provenientes de nuestro medio externo e interno, en donde el procesamiento se realiza a través de los datos de lo que piensa la persona y cómo lo piensa (Clark, 1999, citado en Rodríguez y Vetere, 2011).

En este mismo sentido, Richard Lazarus se abrió paso en dicho modelo considerando aspectos cognitivos y de procesamiento de información ante la respuesta ansiosa del individuo. Lazarus planteaba que, ante una situación desencadenante o aversiva, la explicación no podía ser descrita a partir de la situación misma o por las respuestas en sí, sino por una serie de procesamientos en donde la persona evalúa (manera cognitiva) el evento en términos de amenaza, y en dónde comienza a estimar o desestimar sus recursos y habilidades, propiciando respuestas de afrontamiento, huida o colapso (Cuceli, 2014).

Por eso, Lazarus (1966) citado en Beck et al. (2014) profundiza en sus explicaciones y añade que, la interpretación de los eventos, cumple con tres pasos sucesivos, *evaluación primaria, evaluación secundaria o reevaluación*. Sobre la base de la primera etapa, aparece lo que se denominó como *impresión inicial*, la cual es importante en la conceptualización y respuesta total a una situación. Posterior a ésta, en la misma línea aparece la *respuesta crítica*, que será producto de la interpretación de la afcción de los intereses vitales de la persona. Este tipo de respuesta crítica desencadenará, una *respuesta de emergencia* en caso de que la

evaluación de la situación sea negativa o peligrosa para la vida de la persona, o bien para la individualidad, funcionamiento o relaciones interpersonales.

Después, en la evaluación secundaria, aparece entonces, la reevaluación, es decir, la disponibilidad y efectividad de los recursos internos del individuo, que servirán para desviar el daño potencial resultante. Por lo que el equilibrio entre el daño potencial y los recursos de afrontamiento determinarán la naturaleza e intensidad de la respuesta de emergencia. En otras palabras, la impresión inicial de la situación implica comparar las propiedades del objeto amenazante, con las capacidades y habilidades propias (Beck, et al., 2014).

Por lo tanto, se puede decir, que la interpretación de una situación es un proceso que incluye, sucesivas evaluaciones de una situación y de los propios recursos internos y externos de afrontamiento, pues cuando una persona considera que sus intereses vitales están en peligro, el proceso cognitivo suministra un procesamiento y una conceptualización que moviliza al individuo, para hacerle frente de manera inmediata, ya sea cognitivamente o de forma motora (Beck, et al., 2014).

Con esta premisa enfocada en la evaluación de pensamientos y en el procesamiento de la información, Albert Ellis formula la teoría ABC e integra en ella, los conceptos, *creencia racional (RB)* y *creencia irracional (IB)*. Dichos conceptos son importantes dentro del modelo, ya que tienen que ver con la manera en que interpretamos la realidad; estas creencias, aparecen con las siglas en inglés *IB (Irrational Beliefs)* y *RB (Rational Beliefs)*. El modelo se explica, con la letra “A” que significa, aquel evento activador o “*adversidad*”, la letra “B” (Belief) creencia irracional o racional y (C) conducta resolutoria (Ellis y Grieger, 1990).

Por tanto, Ellis, con este modelo no solo sentó una de las bases más importantes, sino que ayudó a continuar con la idea tridimensional construyendo un eslabón más dentro de la explicación de la ansiedad. Su modelo se convirtió en uno de los más funcionales y con más

éxito, ya que al ser resultado de la TREC (Terapia Racional Emotiva Conductual) logró establecer, que existe una relación entre el individuo y la interpretación de su realidad, en donde “Rara vez son los hechos (adversidades) en sí mismos los que afectan emocionalmente... ya que también son importantes incluso más, las creencias (B) sobre dichas adversidades” (Ellis, 2001, p. 45).

Con ello Ellis, demostró la importancia de los pensamientos y creencias irracionales en el funcionamiento del individuo. Sin embargo, para poder dar una explicación más clara de los estados ansiosos, Ellis tuvo que agregar un concepto más dentro del modelo de la TREC; dicho concepto es el de “Meta” o *Goal (G)* en inglés, que tiene como significado, aquel objetivo que la persona se plantea ante cualquier adversidad (A), así, no sería modificado el modelo, sino que se agregaría la explicación de que, cuando una persona ansiosa, tiene frente a ella, una meta u objetivo, la percepción de poder o no lograrla, es lo que activará el estado ansioso y no el evento o complicación en sí misma, sino más bien la interpretación del cumplimiento de ella, en función de sus habilidades de afrontamiento (Ellis, 2001).

En este sentido, el modelo se explicaría de la siguiente manera: (G) Meta u objetivo a cumplir; (A) Adversidad o complicación de cumplirla; (B) Creencias racionales o irracionales; (C) Conducta resolutoria. Dando como resultado, la interpretación más clara de la ansiedad dicha por Ellis: “la ansiedad irrealista es producto de un pensamiento incorrecto exagerado” (Ellis, 2001, p. 33) o bien de una percepción equivocada de la capacidad resolutoria del conflicto.

Ahora bien, es importante mencionar que Ellis continuó sus explicaciones y más adelante establece específicamente, algunas creencias irracionales que se han encontrado con más frecuencia, en personas ansiosas. Ellis, complementa sus postulados con algunas creencias que clasifica dentro de imposiciones, deberes y obligaciones absolutistas. Algunas de ellas son:

Imposiciones dirigidas contra uno mismo. “Debo conseguir como sea hacer bien todas aquellas cosas importantes”

Imposiciones dirigidas contra otras personas. “Los demás *deben* ayudarme a conseguir lo que quiero y evitar lo que no deseo”

Imposiciones dirigidas contra el entorno o las condiciones vitales. “Las condiciones de trabajo *deben* ser establecidas a modo que a mí me guste, como yo deseo y no en contra de mis intereses personales”

Además, partiendo de la TREC, Ellis estableció que estas imposiciones y exigencias ansiógenas, también vienen acompañadas de una serie de creencias derivadas, que suelen aumentar aún más la ansiedad. Algunas de ellas son:

Menosprecio o infravaloración de uno mismo. “Tengo que aprobar el examen como sea, si lo suspendo significa que soy un fracaso total y que no valgo para nada”

Menosprecio o condena de los otros por sus fallos. “Dado que todos *deberían* tratarme con amabilidad, los que no lo hacen, merecen ser condenados y castigados”

Tendencia a dramatizar y aterrorizarse. “Si esto ocurre, sería “horrible” “terrible” “no lo soportaría” sería algo espantoso”

Pensamiento de todo o nada, blanco o negro, y otras formas de generalización. “Soy un fracaso y *nunca* seré capaz” “*siempre* me pasan cosas terribles”

Por lo anterior, se puede decir que, las ideas concernientes a las cogniciones, fueron tan complejas y tan amplias, que no faltaron teorías que complementaran lo dicho por Ellis. Tal fue el caso de Aaron Beck, quien convirtió estas bases, en aquellas propias del enfoque cognitivo conductual.

En este sentido, Beck, comienza planteando, un modelo que explica la interacción existente entre los afectos, las cogniciones y las conductas. Aclara, que estos factores, se encuentran condicionados a la forma en que el individuo atribuye significados al mundo y así mismo (Cuceli, 2014). Al respecto, menciona que los afectos, las conductas y las cogniciones, responden a un proceso secuencial dentro de una estructura cognitiva llamada *esquema*, misma que se encarga de la detección y recepción de estímulos, ayudando en el proceso sistemático secuencial, que da lugar a la significación y evaluación de los diferentes hechos o situaciones que actúan sobre el organismo (Beck, 1999, citado en Cuceli, 2014).

En otras palabras, Beck dice que los esquemas son aquellas estructuras cognitivas que se encargan de dar significados y evaluaciones, a los diferentes afectos, conductas, hechos y situaciones por las que se encuentra la persona. Son los componentes estructurales básicos de la organización cognitiva que sirven para etiquetar, clasificar, evaluar y asignar significados a objetos y acontecimientos (Beck, et al., 2014). Es decir, son estructuras de procesamiento de la información que participan en la generación y adscripción del significado, permitiendo construir una visión de sí mismo y del mundo (Clark y Beck, 1997, citado en Rodríguez y Vetere, 2011).

De acuerdo con Beck y sus colaboradores, los esquemas pueden clasificarse según sus funciones y pueden ser organizados de acuerdo a estructuras llamados *modos*. De manera que, los *esquemas cognitivos*, pueden dividirse en: *conceptuales*, encargados de la interpretación de los hechos, la abstracción y los recuerdos; *afectivos*, los implicados en la respuesta emocional; *motivacionales*, responsables de los deseos; *instrumentales*, aquellos que preparan el comportamiento y los *esquemas de control*, que inhiben o dan lugar a las acciones (Rodríguez y Vetere, 2011).

En este sentido, cuando se explican los esquemas dentro del funcionamiento ansioso, se puede decir, que el modo o estructura organizadora, se activará y estará en *modo amenaza*, lo

cual desencadenará que el procesamiento se centre, únicamente en la información del evento ansioso. Explicado de otra manera, si un modo está integrado por un grupo de esquemas que procesan diferentes tipos de información, cuando hay la presencia de una situación de ansiedad, se activará el modo amenaza y con él, los esquemas cognitivos que procesarán específicamente información relacionada con el evento; los esquemas afectivos y fisiológicos disparan reacciones emocionales como el miedo y producirán la elevación de la frecuencia cardiaca por ejemplo, en los esquemas motivacionales, se emprenderán respuestas de huida o colapso (Rodríguez y Vetere, 2011).

Por ello, entendiendo que la teoría cognitiva resalta el trabajo sobre los esquemas cognitivos, se considera que la modificación de cualquiera de ellos, traerá consigo un cambio en los demás. De tal manera, hablar de los diferentes componentes de los esquemas cognitivos, nos ayudará con su modificación. Veamos entonces, cuáles son estos componentes.

Primeramente, las *creencias nucleares*, que consisten en enunciados absolutos respecto de uno mismo, las personas y el mundo, referidas a la propia identidad y el entorno. Así, cuando los esquemas son disfuncionales, tienden a ser rígidos y por lo tanto poco susceptibles de modificación. Dichas creencias se relacionan entonces, con imágenes negativas de sí mismo, como, por ejemplo, “soy vulnerable” o “no soy capaz”, además pueden manifestar creencias como “el mundo es peligroso” (Beck, 1963, citado en Beck et al., 2014).

Así pues, de las creencias nucleares se desprenden, otro tipo de creencias que Beck denomina, *creencias intermedias* o *supuestos implícitos*, que son proposiciones condicionales, actitudes o reglas que constituyen y establecen normas interpretativas sobre la base de diversas situaciones, además de que disponen cómo deberían ser las cosas o el comportamiento. De esta manera, cuando una creencia ya ha fijado las normas de interpretación, inicia con el procesamiento de la información y aparece un pensamiento que Beck llama, *automático*. Los

pensamientos automáticos, aparecen con base en una serie de reglas establecidas por dichas creencias, éstas pueden aparecer de forma verbal o en imágenes, a partir de una situación en particular y asociar respuestas emocionales congruentes con la interpretación, como pensamientos de peligro y catástrofe (Rodríguez y Vetere, 2011).

Con ello, se afirmaba que, en la ansiedad, la preocupación por el peligro se manifiesta, mediante la intrusión persistente e involuntaria de dichos pensamientos, además asegura que estas manifestaciones involuntarias pueden mantener un estado de inadecuación, formando una idea crítica de los demás y de sí mismo, como negativa o ineficaz. Al respecto, considera que “Es la significación de los hechos lo que gatilla las emociones más que los hechos mismos” (Beck, 1983, citado en Cuceli, 2014, p. 77; Beck, et al., 2014).

De esta forma, Beck et al. (2014) manifiestan que si bien, la persona puede estar de acuerdo en que estos pensamientos son ilógicos, su capacidad para evaluarlos es limitada, es decir la objetividad se pierde cuando se intenta comprobar la realidad. En este sentido se puede decir que el pensamiento ansioso o automático, es de naturaleza involuntaria por lo que ejerce una constante presión, aunque se haya determinado que no es válido, y que puede liberarse de él.

Siguiendo con la línea, el modelo cognitivo plantea así, que el individuo suele estar más ansioso a medida que el contenido de sus cogniciones automáticas son vivenciadas como posibles o como reales, ya que esto abre paso a la creencia de que la amenaza se puede cumplir. Con lo anterior, Beck se fue especificando con su modelo cognitivo hacia el tratamiento de los trastornos de ansiedad. A partir de esta idea, él crea el llamado “modelo cognitivo de la ansiedad”.

De acuerdo con este modelo, Beck y Clark (2012) establecen que, la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto; con ello se involucra un concepto más, *vulnerabilidad*. Dicho término, fue definido como:

“la percepción que tiene una persona de sí misma como objeto de peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para proporcionarle una sensación de seguridad” (Beck, Emery y Greenberg, 1985, citados en Beck y Clark, 2012, p. 69).

De acuerdo con Beck y Clark, la sensación de vulnerabilidad se intensifica por efecto de ciertos procesos cognitivos disfuncionales. Es decir, este aumento de la sensación de vulnerabilidad, es evidente en las valoraciones exageradas del posible daño personal. En la ansiedad, esta valoración de la amenaza conlleva una perspectiva errónea que sobreestima enormemente la probabilidad de que se produzca un daño; a esta valoración se le llamó, “*valoración primaria de la amenaza*”. Por otro lado, cuando los individuos ansiosos no logran percibir las señales de seguridad de las situaciones de amenaza evaluada y tienden a subestimar su capacidad para afrontar el daño o peligro anticipado, se le llama, “*revaloración elaborativa secundaria*” (Beck y Clark, 2012).

Por ello, cuando una persona se siente vulnerable, cree que carece de las aptitudes necesarias para hacer frente a una amenaza concreta, así las dificultades pueden convertirse en amenazas si se da cuenta de que no tiene las aptitudes mínimas para abordar el problema (Beck et al., 2014).

En este sentido, Cuceli (2014) menciona que cuando aparece la ansiedad, la vulnerabilidad incorporada a partir de los esquemas, desencadena una serie de procesos cognitivos distorsivos y recurrentes, por los cuales el individuo: Subestima recursos propios y otros aspectos positivos de sí mismo (*minimización*). Enfoca su atención exclusivamente en sus debilidades y en los estímulos que le confirmen su expectación (*abstracción selectiva*). Ve de forma amplificada cada impedimento o imposibilidad (*magnificación*). Anticipa las peores consecuencias (*catastrofización*) y, además, recupera selectivamente los recuerdos de sus

errores anteriores y, sufre alteraciones en el pensamiento que dificultará la aparición de una perspectiva más objetiva.

A lo antes descrito, Beck lo llamó como, el *modo de activación de la amenaza*, él decía que ésta, es “primal”, debido a que es un sistema relativamente automático e involuntario que impide manejar las situaciones amenazantes o de “supervivencia”. Por ello, el procesamiento cognitivo, en consecuencia, lleva a la amplificación de la amenaza y la disminución del procesamiento de señales de seguridad (Beck y Clark, 2012).

Por eso cuando Beck et al. (2014) habla de la *abstracción selectiva* y de los demás modos, los menciona como *errores cognitivos* o pensamientos que, por su experiencia, selecciona los datos que concuerdan con la característica cognitiva de la ansiedad, es decir, no podrá ver un cuadro general, sino que tendrá una visión sesgada y catastrófica tanto del grado de peligro como de su propia vulnerabilidad personal.

Por tanto, para clarificar y entender mejor el procesamiento de la información de la ansiedad, Beck y Clark (2012), realizaron los principios básicos de su modelo cognitivo, de las cuales destacan:

Valoraciones exageradas de la amenaza. La ansiedad se caracteriza por una atención aumentada y altamente selectiva hacia el riesgo, amenaza o peligro personal.

Mayor indefensión. Evaluación imprecisa de los propios recursos de afrontamiento, generando una subestimación de la propia capacidad para afrontar la amenaza percibida.

Procesamiento inhibido de la información relativa a la seguridad. Procesamiento altamente restrictivo de las señales de seguridad y de la información que transmite la reducción de probabilidad o gravedad de la amenaza o daño percibido.

Deterioro del pensamiento constructivo o reflexivo. El acceso al pensamiento y razonamiento más constructivo, lógico y elaborativo es difícil.

Procesamiento automático y estratégico. Mezcla de procesos cognitivos automáticos y estratégicos que son responsables de la cualidad incontrolable e involuntaria de la ansiedad.

Procesos auto-perpetuantes. Ciclo en el que el aumento de atención centrada en uno mismo sobre las señales y síntomas de ansiedad contribuirá a la intensificación de la angustia subjetiva.

Primacía cognitiva. Valoración cognitiva primaria de la amenaza y la valoración secundaria de la vulnerabilidad personal pueden generalizarse de tal manera que una amplia serie de situaciones o estímulos sea interpretada como amenazante y varias respuestas defensivas fisiológicas y conductuales sean inapropiadamente movilizadas para manejar la amenaza.

Vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad. Aumento de susceptibilidad a la ansiedad resultado de creencias nucleares sostenidas (esquemas), sobre la vulnerabilidad o indefensión personal.

Así a manera de síntesis, se puede decir, que el modelo cognitivo de la ansiedad “se enraíza en una perspectiva de procesamiento de información, según la cual la perturbación emocional se produce a consecuencia de un funcionamiento excesivo o deficitario del aparato cognitivo” (Beck y Clark, 2012, p. 71).

Para decirlo en otras palabras, el modelo cognitivo propone que todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento, en donde la significación influiría en el estado de ánimo y los comportamientos de la persona, y en donde la modificación de dichos pensamientos, resultaría una mejoría en dichos estados y conductas (Beck, 2000).

Siendo así la ansiedad es:

“el producto de un sistema de procesamiento de información que interpreta una situación como amenazadora para los intereses vitales y para el bienestar del individuo. La centralidad de la asignación de sentido de amenaza (es decir, procesamiento de información)” (Beck y Clark, 2012, p. 71).

Definición de ansiedad

Para entender mejor la definición de ansiedad, como lo dice Barlow (2002) citado en Beck y Clark (2012) es importante comprender la diferencia entre ansiedad y miedo, ya que como se sabe, han existido muchas expresiones lingüísticas diferentes que han hecho referencia a la experiencia de la ansiedad. De acuerdo con Barlow, se han utilizado palabras como “miedo”, “pánico”, “nervios”, “preocupación”, “horror” o “terror”, lo que ha generado cierta confusión e inexactitud en el uso habitual del término ansiedad. Por ello, para la investigación o tratamiento de la misma debe distinguirse claramente el “miedo” de la “ansiedad”.

Al respecto, el DSM V hace una diferenciación entre miedo y ansiedad, a esta última la define como, una respuesta anticipatoria que aparece ante una amenaza futura, asociada frecuentemente, con una vigilancia que se relaciona con un peligro futuro y con comportamientos cautelosos o evitativos; la diferencia del miedo, definiendo a este como, una respuesta emocional que aparece ante una amenaza inminente, real o imaginaria, que se asocia a accesos de activación autonómica, pensamientos de peligro y conductas de huida (APA, 2014).

Dicho de otro modo, la ansiedad es considerada como una respuesta adaptativa que tiene como función alertar la presencia de una situación amenazante, además, de facilitar la capacidad de respuesta del individuo ante el peligro futuro. Mientras que el miedo, se produce como respuesta a una amenaza presente, percibida como peligrosa para la propia seguridad física o

psicológica de la persona, además de que advierte a los individuos la necesidad de una acción defensiva inmediata (Beck y Greenberg, 1988; Craske, 2003, citados en Clark y Beck, 2012).

Desde su perspectiva, Beck y Clark, dicen que la ansiedad

“es la respuesta subjetiva y permanente que aparece ante la activación del miedo, es decir, un patrón de respuesta cognitiva, afectiva, fisiológica y conductual compleja que se produce cuando los sucesos o circunstancias se interpretan como amenazas altamente aversivas, inciertas e incontrolables” (Beck y Clark, 2012, p. 63).

Entre tanto, el miedo es entonces la valoración automática de una amenaza o peligro inminente; proceso cognitivo que subyace a todos los trastornos de ansiedad (Beck y Clark, 2012).

De manera similar, la propuesta de Ellis, dice que la ansiedad es "un conjunto de sensaciones molestas y de tendencias a la acción que le permiten darse cuenta de que ocurren o pueden ocurrir hechos desagradables" (Ellis, 2001, p. 27).

En consecuencia, se puede decir que el miedo, es la valoración del peligro, y la ansiedad el estado de sentimiento negativo evocado, cuando se estimula el miedo (Beck, et al., 1985, citados en Beck y Clark, 2012). Es decir, cuando el miedo se activa y la persona se ve expuesta a una situación que considera o valora como amenazadora, la ansiedad aparece como respuesta emocional. Dicho en sus palabras, “el miedo implica una valoración intelectual de un estímulo amenazador, y la ansiedad es la respuesta emocional a dicha valoración” (Beck, et al., 2014, p. 60).

Por su parte, Barlow habla de que el miedo, es una alarma primitiva que aparece en respuesta, a un peligro presente que es caracterizado por una intensa activación. Así mismo dice, que la ansiedad, por el contrario, es “una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada

por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos que conllevan, a un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos” (Barlow, 2002, citado en Beck y Clark, 2012, p. 22).

Además, la ansiedad puede ser definida de acuerdo con Bunge, Gomar, y Mandil (2009) como, una reacción emocional que se da ante la percepción de amenaza o peligro, que tiene como finalidad principal proteger al individuo de amenazas físicas o sociales. Echeburúa y Corral (2009), así mismo, mencionan que las respuestas de ansiedad son consideradas como reacciones defensivas innatas, que responden a un mecanismo de vigilancia, el cual nos ayuda a poder alertar la presencia de cualquier señal de peligro.

Ansiedad en la Infancia

De acuerdo con Esquivel (2010), Freud, comienza con los postulados de angustia infantil, con sus obras escritas sobre el desarrollo y conflictos en la infancia, algunos de estos son “Tres ensayos sobre la teoría sexual”, “Los dos principios del funcionamiento mental” y “Análisis de la fobia de un niño de cinco años” (La historia de “Juanito”) con este último, pone en evidencia, el primer caso sobre una fobia a los caballos, en donde condujo sus procesos terapéuticos a la interpretación del comportamiento y de los juegos del niño.

En este sentido, en su obra “Tres ensayos sobre la teoría sexual”, habla sobre los impulsos relacionados con el placer y displacer, pero, enfocado en el desarrollo sexual del niño, haciendo mención de que la ansiedad o la angustia comienza primeramente en el lactante, por ausencia del placer de estar cerca de la madre, y aparece más tarde, en una fase más avanzada, con el miedo a la oscuridad y/o a la sensación de abandono (Esquivel, 2010).

Más tarde, gracias a los trabajos hechos por Anna Freud y Melanie Klein, se abre una oportunidad para el desarrollo del análisis teórico y práctico dentro de un jardín de infancia.

Melanie Klein, se basó en diversas observaciones para desarrollar una técnica especial de juego, tomando como característica principal el desarrollo sexual y las fantasías del niño, consideró que éste, aun siendo pequeño, puede dar interpretaciones simbólicas, especialmente sexuales de su comportamiento mediante el juego, y más específicamente utilizando el juguete, como medio de transferencia. Melanie Klein trabajó con las ansiedades y la culpa de los menores, se interesó además por depresiones y vivencias paranoides, utilizando en todo caso el juego como herramienta para acceder al inconsciente (Esquivel, 2010).

Por otro lado, uno de los antecedentes empíricos más conocidos en ansiedad y fobias, es aquel experimento realizado por Watson y sus colaboradores. Se sabe, que se reunían a los niños de entre 7 y 8 años que tenían miedo a determinados animales, y los exponían a sus objetos temidos, primero a cierta distancia y luego cada vez más cerca. Durante la exposición, Watson les iba hablando manteniéndolos distraídos hasta que los ponía más y más cerca del animal temido, después de unos veinte minutos de exposición los niños dejaban de tener miedo y empezaban incluso a acariciar al animal. A este procedimiento se le llamó desensibilización en vivo, en ese entonces funcionaba muy bien y capacitaba a los niños a liberarse de sus ansiedades y fobias (Ellis, 2001).

Más tarde, dentro de los modelos cognitivos, aparece la teoría, de que el niño puede percibir, pero de manera errónea las demandas del entorno y en consecuencia organizar distorsiones cognitivas que permanecen en él, dando como resultado una deformación de la percepción y de las experiencias que el niño va viviendo, dando lugar a reacciones ansiosas (Coca, 2013). Así, se considera que, con la constitución de los esquemas durante la etapa infantil, se dan lugar las interpretaciones ansiógenas, pues es en este periodo que el individuo elabora ciertas creencias que lo vuelven susceptible a conducir atribuciones y significados de peligrosidad ante diversas situaciones (Beck, 1985, citado en Cuceli, 2014).

Descripción y aspectos generales

McClure y Friedberg (2011) hablan de la ansiedad infantil como una respuesta normal y adaptativa ante amenazas reales o imaginarias, que pueden preparar al organismo para reaccionar ante situaciones de peligro y ante la aparición de estímulos específicos, los cuales podrían provocar la aparición de algún temor o miedo, que en los menores, podría desencadenar la aparición de un sistema de alarma, que los puede ayudar a evitar situaciones potencialmente peligrosas, y a facilitar su adaptación a nuevas situaciones.

En este sentido, Durand y Barlow (2007) citados en Martínez, Argüelles, Cuy y Prieto (2013) consideran que la ansiedad infantil es un estado de ánimo negativo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión hacia el futuro; en donde la emoción de miedo, puede funcionar como señal de alarma y como barrera contenedora para impedir, que el niño se aventure a situaciones a las que todavía no está preparado (Ruiz y Lago, 2005, citados en Martínez, et al., 2013). Como lo menciona Méndez (2013) el miedo, en los niños es útil porque evita correr riesgos innecesarios, ya que los miedos actúan como un sistema de seguridad y constituyen la motivación que impulsa a evitar el peligro.

Dicho de otra manera, los sentimientos de miedo, temor, ansiedad y tristeza, ayudan principalmente al niño a adaptarse a su medio ambiente, ya que suelen aportar las habilidades necesarias para afrontar cualquier situación. Al respecto Echeburúa (1997) citado en Aguilar (2018) menciona que la adquisición de temores se da inicialmente durante la infancia, especialmente como reacciones defensivas e innatas, cuyo objetivo es meramente adaptativo, desempeñando un papel protector contra posibles peligros. Echeburúa (1997) considera además que la mayoría de los niños experimenta estos miedos como respuestas instintivas y de aprendizaje que tienen por objetivo protegerlo de diferentes peligros.

Aldana (2009) citado en Martínez, et al. (2013) menciona también, que en los niños existen diferentes miedos que aparecen a lo largo del desarrollo y que van variando con el tiempo. En este sentido, Aguilar (2018) considera que la mayoría de los niños experimenta diversos miedos, los cuales suelen ser transitorios y generalmente asociados a una determinada edad, además de que pueden variar en función de la madurez emocional del niño y las diferentes experiencias de aprendizaje en su desarrollo; por lo que se esperaría que traigan consigo nuevas estrategias de afrontamiento, que puedan ayudar a suprimir paulatinamente los miedos.

De hecho, puesto que los niños y niñas se enfrentan a muchas situaciones desconocidas y potencialmente peligrosas en el curso de su desarrollo, es normal que experimenten miedo y ansiedad. Por eso, las respuestas de este tipo funcionarán como un mecanismo de protección, previniendo que los niños se encuentren ante ciertas situaciones potencialmente dañinas, es más, se espera que las experiencias de miedo y ansiedad que el niño se encuentre en su desarrollo le ayuden a madurar emocionalmente y a aprender estrategias adecuadas de afrontamiento para futuros acontecimientos (García y Sanz, 2016).

Méndez (2013) propone una serie de miedos específicos a la edad de aparición, algunos de ellos son:

0-2 años. Ruidos fuertes, desconocidos, separación de los padres.

3-5 años. Oscuridad, animales, daño físico.

6-8 años. Separación, monstruos, tormentas.

9-12 años. Escuela, muerte.

13-18 años. Apariencia física, relaciones sociales.

Desde una perspectiva evolutiva Echeburúa (1997) considera que el menor de 0-1 año, suele responder con llanto a los estímulos intensos y desconocidos, así como cuando cree encontrarse desamparado. En los niños de 2-4 años aparece el temor a los animales, que puede persistir más allá de la primera edad; de 4-6 años surge el temor a la oscuridad, a las catástrofes y a los seres imaginarios; de los 6-9 al daño físico o al ridículo, y en la edad de 9-12 años, a los accidentes, enfermedades, al mal rendimiento académico o a los conflictos con los padres. Por último, entre los adolescentes de 12-18 años tienden a surgir temores relacionados con el autoestima, capacidad intelectual y relaciones interpersonales.

Los miedos infantiles expuestos son muy comunes y pueden afectar hasta el 40% de los niños, por ello la capacidad emocional del pequeño, supone el desarrollo de nuevas capacidades cognitivas y motrices, en donde las diferentes experiencias de aprendizaje traen consigo nuevas estrategias de afrontamiento (Echeburúa, 1997).

Es importante mencionar, que pese a que la literatura especializada en ansiedad, destaca su naturaleza adaptativa en ciertas circunstancias, también se hace énfasis en su carácter displacentero e in adaptativo, ya que cuando ésta se vuelve persistente y rebasa las herramientas de afrontamiento, se genera un estado de alerta que, si no se responde de manera positiva, no podrá preparar al organismo y se mantendrá en un estado de tensión. Por esta razón, se dice, además, que estos miedos pueden englobar la aparición de un trastorno de ansiedad.

Como dice Ruiz y Lago (2005) citados en Martínez et al. (2013), en los niños se encuentra un desarrollo de una clase de temores que pueden generar algún tipo de trastorno de ansiedad. En este sentido, dentro de los trastornos de ansiedad es frecuente encontrar en suma preocupaciones irracionales que causan interferencia significativa en el funcionamiento del niño.

De forma semejante, a nivel psicológico se distinguen tres sistemas de respuesta ante los trastornos de ansiedad en los niños: *cognitivo*, pensamientos e imágenes negativas sobre la

situación temida; *psicofisiológico*, cambios corporales que generan sensaciones molestas y, por último, *motor*, acciones en defensa a la situación temida o para impedir su ocurrencia (Méndez, 2013).

Variables asociadas a la ansiedad infantil

Considerando lo dicho por Beck, et al. (2014), existe una amplia gama de posibles factores predisponentes de los trastornos de ansiedad, entre estos destacan, predisposición hereditaria, enfermedades físicas, traumas del desarrollo que favorecen una vulnerabilidad específica, experiencias personales, así como valores y suposiciones poco realistas aprendidos anteriormente, y estrés. De manera percibida puede que en la causa de estos trastornos psicológicos no se encuentre ningún factor en concreto, sino que sea una especie de combinación de diversos factores interactuantes.

Bragado (1999) citado en Martínez et al. (2013) afirma que se han identificado diferentes factores predisponentes entre los que se destacan, la falta de soporte social, condiciones sociodemográficas como el bajo nivel socioeconómico, la presencia de amenazas, los estilos de afrontamiento, la ausencia de una afectividad positiva y consistente por parte de los padres, los conflictos entre pares y figuras de autoridad.

Además, a nivel psicológico según Moyano (2013) citado en Jaimes (2017) pueden estar asociados, factores tales como, conflictos emocionales intensos y recurrentes, así como, situaciones con alta carga tensional, entre otros. Beck et al. (2014) dicen que entre los factores psicológicos desencadenantes aparecen:

Aumento de las exigencias. El individuo suele tener más expectativas, se preocupa más por el fracaso y cree firmemente que su valor intrínseco se basa en su nivel de rendimiento.

Acontecimientos estresantes que socavan la confianza. Una persona puede tener varias contrariedades que le hagan creer que no puede ser capaz de lograr un objetivo importante.

Por otro lado, Ellis (2001) considera que se encuentran dos factores principales que nos pueden hacer propensos a la ansiedad: primero, su biología o tendencias hereditarias, segundo, muchos factores de su entorno vital que frustran y obstaculizan sus deseos y de lo que se tiene que ocupar. La ansiedad tiene un factor biológico que consiste en una tendencia innata a tener deseos, hacer elecciones, y ser capaz de revisarlas y cambiarlas. Por otro lado, entra en juego otro factor, el entorno en el que se vive, la gente y las cosas que le rodean.

De acuerdo con Martínez et al. (2013) determinados sucesos en la vida del niño, como el comienzo del colegio, el nacimiento de un hermano, la pérdida de un familiar, o el cambio de casa, pueden precipitar la aparición de la sintomatología ansiosa. Además, son habituales temas como la familia, los amigos, las relaciones interpersonales en general, los estudios, la salud propia y de otros. De la misma manera, los factores contextuales y situacionales para el caso de la ansiedad juegan un papel relevante en la manifestación de la ansiedad.

Gomar, Mandil, y Bunge (2010) mencionan que en el desencadenamiento de los trastornos de ansiedad en niños, desempeñan un papel importante por un lado, acontecimientos estresantes, como el divorcio de los padres, hospitalización de algún familiar o incluso del propio niño, igualmente, el cambio de residencia; y por otro, el estilo educativo de los padres, el debilitamiento de los lazos familiares, o bien cuando los niños pasan mucho tiempo solos, la toma de decisiones en cuanto a horarios, comidas, puede construir una fuerte inseguridad para el menor.

Desde la perspectiva de Jalenques, Lachal, y Coudert (1993), la personalidad o “temperamento” tiene un papel dentro de los cuadros de ansiedad en el niño, están descritos en ellos, niños tímidos, introvertidos, e inhibidos que demuestran protección de un familiar, y niños

retraídos. Además, manifiesta que dentro de los estudios clínicos se han permitido observar aspectos significativos en cuanto a nivel socioeconómico, factores traumáticos, sexo, factores familiares (hijos de padres ansiosos), cuestiones de diagnósticos diferenciados en cuanto a otros trastornos como la depresión y trastornos afectivos y consumo de sustancias.

Igualmente es importante mencionar, que factores escolares igualmente están involucrados significativamente en la aparición de la ansiedad, como por ejemplo competitividad o alto nivel de exigencia académica, el reconocimiento de personas significativas, el aprendizaje de nuevos contenidos en las reorganizaciones curriculares e incluso violencia dentro de la escuela (Rosario, 2008, citado en Gaeta y Martínez-Otero, 2014).

Así mismo, la pérdida o daño de un ser querido, la preocupación excesiva por la salud de los padres u otros familiares, situaciones relacionadas con el dormir, la separación durante la noche y acontecimientos cotidianos que se refieren a separaciones propias de la vida diaria, como ir al colegio o asistir a una reunión; además de la influencia del estado civil de los padres (Gaeta y Martínez-Otero, 2014).

El desarrollo y mantenimiento de la ansiedad, repercute también en aspectos como los de la teoría del aprendizaje, ya que como lo plantea Bandura, la experiencia directa con acontecimientos aversivos, la observación de otra persona sometida a un evento traumático, la recepción de información como cuentos, historias, etc., son parte significativa para el surgimiento y mantenimiento de la ansiedad en el niño (Echeburúa y Corral, 2009).

En lo referente a los diferentes trastornos de ansiedad, de acuerdo con la APA (2014) el trastorno de ansiedad por separación se desarrolla con frecuencia después de un estrés vital, en especial de una pérdida (p. ej., la muerte de una mascota familiar, una enfermedad propia o de un familiar, un cambio de colegio, el divorcio parental, una mudanza a un nuevo entorno, la inmigración y una catástrofe que suponga períodos de separación de las figuras de apego). Sin

olvidar los aspectos genéticos y fisiológicos, es decir, el trastorno de ansiedad por separación en los niños puede ser hereditario.

En cuanto a la fobia específica, siguiendo a la APA (2014) encontramos los aspectos: Temperamentales: la afectividad negativa o la inhibición conductual. Ambientales: la sobreprotección de los padres, la pérdida de los padres, la separación, el maltrato físico y los abusos sexuales, tienden a predecir también otros trastornos de ansiedad, las exposiciones negativas o traumáticas al objeto o situación temida preceden al desarrollo de la fobia específica. Genéticos y fisiológicos. Puede haber una susceptibilidad genética a una determinada categoría de fobia específica.

Sintomatología Ansiosa

La sintomatología ansiosa puede ser descrita de muchas maneras, sin embargo, podemos decir que hay similitud en cuanto a las manifestaciones presentadas por los adultos, y los que caracterizan a los niños y niñas. Por ello para poder comprenderlos es oportuno conocer algunos de los síntomas más generales de la ansiedad para posteriormente especificar aquellos presentados por los niños.

En el entendido de que los pensamientos son parte importante en la sintomatología ansiosa, Beck, Emery y Greenberg, defienden la idea de que, la activación ansiosa, dependerá en primer momento de una expresión cognitiva, y será seguida por las demás sensaciones dentro del esquema de procesamiento. Como lo menciona en sus palabras, "la secuencia va del procesamiento cognitivo a la movilización conductual y a la activación de la ansiedad" (Beck, et al., 2014, p. 108).

Así, a partir de lo dicho por Beck, et al. (2014), los grupos específicos de síntomas asociados a la ansiedad se corresponden con las funciones de sistemas y subsistemas primarios

(cognitivo, conductual y fisiológico), en primer momento, el aparato cognitivo realiza unas valoraciones selectivas de las configuraciones ambientales y de los recursos de afrontamiento disponibles, determina si existe un peligro definido y pone en movimiento la secuencia de los subsistemas, conductuales y fisiológicos. Consiguientemente hace saltar una alarma para definir el peligro y valorarlo para seleccionar estrategias de afrontamiento y suministrar las apropiadas; así el componente conductual activa los modelos de acción y/o inhibición en donde el sistema fisiológico por su parte incluye componentes de la movilización somática.

De este modo, si queremos comprender la ansiedad y la respuesta del organismo ante la amenaza, necesitamos una visión completa y comprensiva de las acciones e interacciones de los subsistemas, cognitivo, afectivo, fisiológico y conductual, cuatro sistemas funcionales coordinados para producir respuestas adaptativas, a situaciones de peligro (Beck, et al., 2014).

En este sentido, Ellis (2001) habla de algunos síntomas ansiosos clasificándolos de acuerdo a estos sistemas, vistos desde su propia perspectiva, dicha sintomatología la clasificó en: *síntomas respiratorios, síntomas intestinales, reacciones cutáneas, síntomas musculares y reacciones de la presión.*

Estos son descritos de la siguiente manera: Respiratorios y pectorales: falta de respiración, respiración acelerada, presión en el pecho, sensaciones de ahogo. Intestinales: pérdida de apetito, náuseas, vómitos. Cutáneas: sudor, picores, escalofríos, sonrojos. Musculares: temblores, parpadeo involuntario, tics nerviosos, sobresaltos, flaqueo en las piernas, rigidez, insomnio. Presión: pulso acelerado, palpitaciones, desmayos, aumentos y descensos en la presión sanguínea (Ellis, 2001).

Beck, et al. (2014) siguiendo con la misma idea, proponen algunos síntomas característicos de la ansiedad. Estos autores mencionan que los síntomas asociados a la ansiedad corresponden con las funciones de sistemas y subsistemas primarios específicos:

cognitivo, afectivo, conductual y fisiológico, que están integrados en el sistema principal en el organismo total, coordinados para producir respuestas adaptativas a situaciones de peligro.

Dentro de los *síntomas cognitivos*, se encuentra, el sensorio perceptual. “Mente” confusa, nublada, aturdida; los objetos parecen borrosos/distantes, el entorno parece irreal; timidez, hipervigilancia. Además, se muestran también dificultades para pensar, olvido de cosas importantes, confusión, incapacidad para controlar el pensamiento, dificultad para concentrarse, distracción con facilidad, bloqueo, dificultad para razonar, pérdida de objetividad y perspectiva (Beck, et al., 2014).

En lo referente a lo conceptual, se encuentran, distorsión cognitiva, miedo a perder el control, miedo a una lesión física/muerte, miedo a un trastorno mental, miedo a evaluaciones negativas e imágenes visuales atemorizantes. Con respecto a los *síntomas afectivos*, irritabilidad, impaciencia, inquietud, nerviosismo, tensión, temor, agitación. En cuanto a los *síntomas conductuales*, inhibición, inmovilidad tónica, huida, evitación, coordinación defectuosa, agitación, colapso, hipervigilancia. Finalmente, en los *síntomas fisiológicos* tenemos, cardiovasculares como, palpitaciones, desmayo, mareo, disminución presión sanguínea, disminución ritmo pulsaciones. Respiratorios, falta de aire, presión en el pecho, respiración rápida/poco profunda, sensación de ahogo, espasmo, jadeo. Gastrointestinales, dolor abdominal, pérdida de apetito, náuseas y vómito (Beck, et al., 2014).

Algunos otros síntomas perceptibles dichos por Barlow (2002) citado en Beck y Clark (2012) son, temblores, tiritones, turnos de sofocos y escalofríos, palpitaciones, sequedad bucal, sudores, respiración entrecortada, dolor o presión en el pecho y tensión muscular. Dentro de los síntomas fisiológicos encontramos, además, aumento del ritmo cardíaco, palpitaciones; respiración entrecortada, respiración acelerada; dolor o presión en el pecho; sensación de asfixia; aturdimiento, mareo; sudores, sofocos, escalofríos; náusea, dolor de estómago, diarrea;

temblores, estremecimientos; adormecimiento, temblor de brazos o piernas; debilidad, mareos, inestabilidad; músculos tensos, rigidez; sequedad de boca.

De acuerdo con Beck y Clark (2012), los síntomas cognitivos son, miedo a perder el control, a ser incapaz de afrontarlo; miedo al daño físico o a la muerte; miedo a “enloquecer”; miedo a la evaluación negativa de los demás; pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes; percepciones de irrealidad; escasa concentración, confusión, distracción; estrechamiento de la atención, hipervigilancia hacia la amenaza; poca memoria; dificultad de razonamiento y pérdida de objetividad. Consiguientemente, consideran como síntomas conductuales: evitación de las señales o situaciones de amenaza; huida, alejamiento; inquietud, agitación, marcha; hiperventilación; quedarse helado, paralizado; dificultad para hablar.

Así mismo, según lo dicho por Ellis (2001), la ansiedad puede ser un sentimiento de inseguridad y duda que normalmente se nota por tener sensaciones físicas, como cosquilleo en el estómago, falta de aliento, temblores, sacudidas, agitación, inquietud y vigilancia.

En este sentido, se asegura que los mismos parámetros que se alteran durante los cuadros de ansiedad en el adulto se alteran también en el niño; es decir, taquicardia, aumento de la tensión arterial, boca seca, espasmos y en ocasiones vómitos (Jalenques, et al. 1993).

Síntomas en niños

Ruiz y Lago (2005) citados en Martínez et al. (2013) establecen que las respuestas que se manifiestan en los niños y niñas, ante una situación percibida como amenazante, se encuentran el llanto, la evitación, la huida, la confrontación de la situación, el aislamiento social, etc. Además, la manifestación ansiosa en los niños más pequeños se presenta frecuentemente con actividades excesivas, como comportamientos exagerados y de llamada de atención, dificultades a la separación o al momento de ir a dormir.

Así, según Díez (2000) citado en Esparza y Rodríguez (2009), existe un dominio emocional que incluye miedo, temores difusos, inseguridad, preocupaciones excesivas, anticipación del peligro, interpretaciones amenazantes de las situaciones del entorno y una hipervigilancia ante estímulos que puedan representar amenazas potenciales; un dominio conductual con presencia de inquietud, tendencia al llanto y conductas de evitación de objetos o situaciones que provocan miedo o ansiedad, así como una exageración de la respuesta de alarma.

Jalenques, et al. (1993) considera, que el infante puede presentar, una agitación desordenada durante la cual, no puede "aguantarse" el niño tiende a debatirse y luchar, contra la impulsividad que puede sentir en ese momento. Así mismo su comportamiento puede ser difuso y desordenado, a menudo se observan gestos impulsivos, ciertas conductas de evitación, hace preguntas sin parar, con frecuencia incongruentes, además de que puede tener dificultades para relacionarse con los demás niños, tener manifestaciones afectivas motoras como, gestos desordenados y descontrol motor.

Silver (1988) citado en Jalenques, et al. (1993) explica que, otros síntomas pueden ser, rigidez de pensamiento, dificultades para dormir y sentimientos de culpabilidad. Así mismo, los trastornos del sueño, son muy frecuentes en los cuadros de ansiedad, sobre todo cuando se relacionan con temores o miedos nocturnos, el niño comienza a ponerse nervioso, deja de jugar desde que va acabando la tarde, se queja de dolores diversos, rechaza dormir solo, y con frecuencia puede tener pesadillas.

Caballo y Simón (2013), por su parte, destacan, respuestas de evitación y de escape, además de otras respuestas cardiovasculares, espasmos, incremento en la tasa respiratoria, sensaciones de ahogo, pensamientos y percepciones de amenaza, evaluaciones negativas y preocupaciones; dentro de estas percepciones, por ejemplo, expresiones como "el perro tiene un

aspecto muy fiero”, o bien pensamientos de miedo como “y si me pasa algo”, “que pasa si me desmayo”.

Finalmente, con respecto a la capacidad de interacción social, existe una inhibición que repercute sobre el inicio de las relaciones con los demás; el niño parece que nunca toma la iniciativa, observa a los demás y no dice nada. Además, de que presenta una dificultad para poder expresar sus emociones (Jalenques, et al. 1993).

Trastornos de Ansiedad Infantil más Comunes

Dentro de los trastornos de ansiedad más comunes y frecuentes en edades tempranas, se pueden distinguir: El trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad fóbica (fobia específica, fobia social), trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, y trastorno de estrés postraumático. No obstante, los trastornos de ansiedad que más prevalecen en la infancia son, el Trastorno de Ansiedad por Separación y el Trastorno por Ansiedad Generalizada (Jiménez, 2018).

En este sentido Echeburúa y Corral (2009) describen que hay tres trastornos de ansiedad que pueden considerarse, característicos de la infancia y adolescencia, particularmente. El primero de ellos, la ansiedad de separación, que es el único distintivo de la infancia, y los dos restantes, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada, en la adolescencia. Así mismo mencionan que estos tres cuadros clínicos, a pesar de ser característicos, y en especial el primero, la clasificación resulta un tanto limitativa, a la hora de abarcar las múltiples formas en las que aparece la ansiedad en los niños.

Gomar, et al. (2010) agregan, que una de las fobias que aparece continuamente en la niñez, es la fobia específica, ya que se ha encontrado que la edad de aparición promedio es de los 6 a los 20 años, habiendo diferenciaciones para cada uno de los tipos, es decir, para las

fobias a la sangre, el promedio está de 8 a 17 años de edad, mientras que para las fobias al ambiente y situacionales, va de los 15 a los 32 años.

La ansiedad de separación, de acuerdo con Toro (1986) citado en Echeburúa y Corral (2009) constituye el trastorno de ansiedad más significativo en estas edades, aunque, el trastorno de ansiedad generalizada aun siendo característico en adultos, suele aparecer en periodos de edad corta, y ser importante debido a su gran continuidad en la vida adulta; de igual forma la fobia social, que a pesar de ser un trastorno descrito en los adultos puede ya manifestarse en la infancia y en la adolescencia en forma de timidez.

Trastorno de ansiedad por separación

El trastorno de ansiedad por separación, de acuerdo con Caballo y Simón (2013) se caracteriza por una reacción de ansiedad excesiva ante la separación del hogar o las personas a las que el niño está vinculado. La característica esencial del trastorno de ansiedad por separación, según lo dicho por la APA (2014) es una ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar o de las personas a quienes la persona está vinculada.

Las personas con trastorno de ansiedad por separación tienen síntomas que cumplen al menos 3 de los siguientes criterios: Experimentan un malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o de las figuras de mayor apego. Se preocupan por el bienestar o la muerte de las personas por las que sienten apego, sobre todo cuando se separan de ellas, y sienten necesidad de conocer su paradero y deseo de estar en contacto con ellas. Se muestran preocupados por los acontecimientos adversos que puedan sucederles a ellos mismos, como miedo a perderse, a ser secuestrados o a sufrir un accidente (APA, 2014).

Echeburúa (1997) sugiere que la ansiedad por separación a menudo es provocada por la separación de las personas vinculadas con el niño, y comúnmente se llega a manifestar con

preocupaciones excesivas, exageradas y persistentes, principalmente por temor a que las personas allegadas puedan sufrir posibles daños o a que se vayan y no regresen, así mismo dice que puede llegar a aparecer una firme resistencia a ir a la escuela, así como un temor a dormir fuera de casa y permanecer por mucho tiempo lejos de las personas más allegadas.

Este trastorno incluye la presencia de miedos irracionales a estar solos, a irse a la cama con la luz apagada y además pueden llegar a presentar pesadillas especialmente con anticipaciones negativas como la sensación de que algo malo va a ocurrir, igualmente puede aparecer un retraso escolar e incluso dificultades en las relaciones interpersonales con compañeros; en general se dice que este trastorno cuenta con una edad media de 9 años y se distribuye entre ambos sexos, con cierto predominio en las niñas (Echeburúa, 1997).

Los niños que presentan este trastorno suelen experimentar malestar excesivo y recurrente al estar separado de su hogar o de las personas con las cuales existe cierto vínculo, requieren conocer el paradero de las figuras de apego, que estén en constante contacto con ellas, puede vivir fantasías de daño hacia los otros como accidentes o circunstancias que les impiden volver a verlas, suelen tener miedo a perderse y no volver a reencontrarse con ellos (Martínez et al., 2013).

De igual forma, los niños y niñas con trastorno de ansiedad por separación son a veces incapaces de permanecer en una habitación solos y pueden manifestar comportamientos de "aferramiento", situándose muy cerca del padre o la madre o requiriendo que alguien esté con ellos cuando van a otras habitaciones, además suelen rechazar o negarse a ir a dormir sin que esté cerca una figura de mayor apego, o a dormir fuera de casa. Los niños con este trastorno suelen tener problemas a la hora de acostarse y pueden insistir en que alguien permanezca con ellos hasta conciliar el sueño, durante la noche pueden trasladarse a la cama de sus padres o a la de un hermano (APA, 2014).

Los síntomas físicos (tales como dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos) son comunes en los niños cuando ocurre o se prevé la separación. Esta alteración suele mantenerse durante un período de al menos 4 semanas en los niños y los adolescentes menores de 18 años. Los niños con trastorno de ansiedad por separación pueden manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultad para concentrarse en el juego. En función de su edad, pueden experimentar miedo hacia los animales, los monstruos, la oscuridad, los fantasmas, los ladrones, los secuestradores, los accidentes de automóvil, los viajes en avión y otras situaciones que se perciban como peligrosas (APA, 2014).

Algunos niños se sienten incómodos y melancólicos, incluso tristes, cuando están fuera de casa, puede dar lugar a una negativa a ir al colegio, lo que puede originar problemas académicos y de evitación social. Cuando están muy alterados ante la perspectiva de una separación, los niños pueden mostrarse coléricos y, ocasionalmente, pueden golpear a quien les esté forzando a dicha separación. Cuando están solos, especialmente por la noche, los niños de menor edad pueden experimentar percepciones inusuales (p. ej., ver personas que dan vueltas por su habitación o criaturas monstruosas, sentir que unos ojos los miran atentamente). Los niños con este trastorno suelen describirse como exigentes, intrusivos y con necesidad de atención constante (APA, 2014).

De acuerdo con Csóti (2011) los niños y niñas que presentan síntomas de ansiedad por separación exhiben muchos de los signos que se describen a continuación: Se ponen nerviosos si saben que se quedarán solos. No se despegan ni un segundo de sus padres. Se ponen nerviosos ante la sola idea de que los padres tengan que irse. No desean dormir solos. Tienen un miedo mayor que el habitual de que entre un ladrón a la casa, o de que algo acecha en un rincón oscuro de su cuarto, o están convencidos de que hay algo horrible bajo su cama. Se preocupan de que algo vaya a pasarles a sus padres, o que sus padres los abandonen. Se niegan a ir a la escuela. Tienen dificultades para conciliar el sueño. Necesitan tener luz por las noches

para poder ver, para controlar que su habitación sea “segura”. Tienen pesadillas en las que se los separa de los padres.

Trastorno de ansiedad generalizada

El Trastorno de Ansiedad Generalizada según Martínez et al. (2013) puede definirse como, una preocupación que se manifiesta por una cadena de pensamientos e imágenes continuos sobre un peligro futuro que se experimentan como aversivos y relativamente incontrolables. Los niños y adolescentes con este trastorno de ansiedad suelen preocuparse por su rendimiento académico o la calidad de sus actuaciones no solo en el ambiente familiar o social sino también en el ámbito escolar.

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por un patrón de preocupación excesiva e incontrolable que causa deterioro en el funcionamiento diario. La preocupación generalmente se centra en la aprobación, la competencia, los eventos futuros y otras situaciones nuevas o poco familiares. Los niños buscan constantemente validación externa por parte de terceros, la cual solo logra aliviar leve y temporalmente su ansiedad. Son comunes las manifestaciones somáticas, como cefaleas, malestar estomacal, dolores musculares y alteraciones del sueño. También pueden quejarse de imposibilidad para estar relajados, sensación de vivir en el límite y suelen ponerse irritables cuando están preocupados (Tayeh, Agámez, y Chaskel, 2016).

De acuerdo con Aldana (2009) citado en Martínez et al. (2013), estos niños se preocupan excesivamente por los logros académicos, son calificados como niños perfeccionistas, inseguros de sí mismos e inclinados a repetir sus trabajos si no se sienten a gusto con lo que han realizado y/o con la nota que obtuvieron.

Por otro lado, Aldana (2009) citado en Martínez et al. (2013) plantea que, en el Trastorno de Ansiedad Generalizada en niños, es frecuente la necesidad de seguridad y las quejas o síntomas como taquicardia, taquipnea, sudoración, sequedad de boca, etc. Beck et al. (2014) igualmente aseguran que en conjunto aparecen síntomas como tensión motora, hiperactividad autónoma, espera aprensiva y alerta constante sobre las actividades que realizan.

Los niños con este trastorno, según lo menciona el APA (2014) presentan inquietudes y preocupaciones que a menudo se refieren a la calidad de su rendimiento o a su competencia en la escuela o las actividades deportivas, incluso si el rendimiento no está siendo evaluado por los demás. Puede haber excesivas preocupaciones sobre la puntualidad. También pueden preocuparse por sucesos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear, pueden ser demasiado formales, perfeccionistas e inseguros y tienden a repetir las tareas debido a una excesiva insatisfacción con su rendimiento. Por lo general son muy propensos a buscar seguridad y aprobación, además de que requieren una reafirmación excesiva sobre su desempeño y otras cosas que les preocupan.

En el trastorno de ansiedad generalizada, dice Csóti (2011) los síntomas del niño son similares a los del pánico, pero son más persistentes y menos intensos. Se piensa que, todo niño que lo presenta puede mostrar los siguientes rasgos: Evita las actividades grupales (por ejemplo, hacer deportes o ir a clubes después de la escuela), es perfeccionista, está preocupado por su desempeño y sus capacidades, está muy ansioso por su conducta y éxito sociales, es renuente a concurrir a la escuela o se rehúsa a hacerlo, no puede relajarse. Además, es muy cohibido y no le gusta ser el centro de atención, tiene dificultad en hablar en grupos (por ejemplo, en la escuela), reflexiona sobre lo apropiado de las conductas pasadas, desea sobresalir en el ámbito académico, atlético o social, se preocupa sobre qué ropa va a ponerse al día siguiente y, se preocupa en exceso por los sucesos por venir.

Al respecto Ruiz y Lago (2005) citados en Martínez et al. (2013) dicen que entre los síntomas del TAG también aparecen, preocupaciones que están asociadas, además, con síntomas tales como inquietud o impaciencia, cansarse o fatigarse con facilidad, dificultades de concentración o quedarse en blanco, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño insatisfactorio y no reparador). La APA (2014) en referencia menciona también la aparición de inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco e irritabilidad.

Fobias

La fobia, según lo dicho por Beck, et al. (2014) se refiere a un objeto de miedo específico ante un tipo de acontecimiento o situación concreta, en donde la persona se enfrenta a una reacción de ansiedad que puede ser leve o llegar a ser aguda, lo suficiente como para llevarla a sentir pánico. El rasgo esencial de una fobia es el miedo persistente e irracional a un objeto, actividad o situación específica, lo que tiene como resultado un deseo imperioso de evitar dicho objeto temido. En este sentido, los objetos de las fobias pueden ir desde animales, hasta fenómenos naturales o acontecimientos de ámbito social.

De acuerdo con Beck, et al. (2014) cuando se activa un miedo o una fobia, la valoración de un alto grado de riesgo en una situación relativamente segura, se vuelve una amenaza insuperable, tanto que puede llegar a activarse, además, el sistema fisiológico y motor desagradables que han sido asociados con el ataque de angustia y pánico. De acuerdo con ello, la persona reconoce el miedo como algo excesivo o irrazonable que no tiene proporción con la peligrosidad real del objeto o situación.

Echeburúa (1997), por su parte habla de las fobias como miedos desproporcionados que con frecuencia no son específicos de una edad, son de larga duración y están más allá del control

voluntario, además de que aparecen de una forma especial en donde se responde a las siguientes características: Miedo desproporcionado a la situación desencadenante y/o estar relacionado con estímulos que no son objetivamente peligrosos. Estar más allá del control voluntario. No ser específicos de una edad determinada. Interferir considerablemente en la vida cotidiana del niño en función de las respuestas de evitación.

Así mismo, la *fobia específica*, se describe por la APA (2014) como, un miedo o ansiedad que aparece ante objetos o situaciones claramente circunscritos. Las categorías de las situaciones u objetos temidos se usan como especificadores del trastorno, así muchas personas temen a los objetos, las situaciones o los estímulos fóbicos de más de una categoría. De acuerdo con la APA para el diagnóstico de fobia específica, la respuesta fóbica debe diferir de los temores normales y transitorios que se producen comúnmente en la persona, el nivel del miedo experimentado puede variar con la proximidad del objeto o de la situación temida y puede ocurrir como anticipación del mismo o en presencia real del objeto o situación.

Caballo y Simón (2013) la definen por su lado, como un patrón complejo de respuestas de ansiedad, desproporcionadas y desadaptativas, provocadas por la presencia o anticipación de determinados estímulos fácilmente identificables, como, por ejemplo, inyecciones, animales, sangre, ascensores, aviones, etc. Por ello las fobias específicas se consideran como reacciones adquiridas ya sea por condicionamiento directo, por aprendizaje, por observación o bien por transmisión de información.

Una característica de las fobias específicas es que la exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta de ansiedad inmediata, sin embargo, el grado de temor o ansiedad expresado puede variar en diferentes momentos de la exposición al objeto o a la situación fóbica debido a diversos factores contextuales, como la presencia de otras personas, la duración de la exposición y los elementos amenazantes. Con ello la persona evita activamente

la situación, activando comportamientos destinados a prevenir o a minimizar el contacto con los objetos fóbicos o las situaciones fóbicas. Las conductas evitativas a menudo son evidentes, pero a veces son menos manifiestas (APA, 2014).

Según Ruiz y Lago (2005) citados en Martínez y cols. (2013) la fobia específica, es un miedo irracional ante determinadas situaciones y objetos los cuales se acompañan de una evitación de estímulos aversivos, que interfieren con el funcionamiento diario. Esta ansiedad se activa con la presencia del estímulo fóbico, en donde los pensamientos catastróficos generan un miedo intenso y persistente, que podrá manifestarse a menudo con pérdida del autocontrol y una serie de respuestas físicas.

Las fobias específicas se agrupan, de acuerdo con Tayeh, et al. (2016) en cinco categorías: animales, el miedo es desencadenado por animales o insectos (arañas, serpientes), ambientales-naturales, el miedo es desencadenado por objetos o eventos de la naturaleza, como las tormentas, las alturas o el agua, sangre o inyecciones, miedo a ver sangre o heridas, o a recibir una inyección, situacional, desencadenada por situaciones específicas, como volar, usar ascensores o cruzar puentes y, otros tipos, reúne todas las demás situaciones y objetos, incluye el miedo a atorarse, o a personajes disfrazados.

De acuerdo con la APA (2014) los individuos con fobia específica presentan miedo hacia situaciones u objetos precisos. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos inmediatamente por la situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real planteado.

La fobia específica generalmente se desarrolla en la primera infancia, la mayoría de las veces antes de los 10 años. Suele aparecer entre los 7 y los 11 años de edad. Cuando se diagnostica una fobia específica en niños, se deben considerar dos aspectos. En primer lugar, que los niños pequeños pueden expresar su miedo y ansiedad con llanto, berrinches, parálisis o

abrazos. En segundo lugar, que los niños pequeños no suelen ser capaces de entender el concepto de evitación, por tanto, el clínico debe reunir información adicional de los padres, profesores u otras personas que conozcan bien al niño (APA, 2014).

Los temores excesivos son bastante comunes entre los niños pequeños, pero son generalmente transitorios y sólo afectan ligeramente, por lo que se consideran propios del desarrollo. Cuando se está considerando el diagnóstico de fobia específica en un niño, es importante evaluar el grado de invalidez y la duración del temor, la ansiedad o la evitación, y si es típico para la etapa concreta de desarrollo del niño (APA, 2014).

Por otro lado, la *fobia social* o *Trastorno de ansiedad social*, es una forma específica de ansiedad, que se puede definir según Koplewicz (2000) citado en Martínez et al. (2013) como un malestar y/o inhibición en situaciones sociales donde la persona puede percibirse como objeto de burla, atención o evaluación negativa. Según la CIE 10, para llegar a este diagnóstico en los niños, estos deben manifestar miedo persistente o recurrente, evolutivamente en una fase apropiada, pero en un grado anormal y asociado a deterioro funcional significativo que debe estar presente más de 4 semanas (Ruiz y Lago, 2005, citados en Martínez et al., 2013).

La fobia social, según lo dicho por Beck et al. (2014) es aquel temor persistente e irracional asociado a la evitación de situaciones en las que el individuo puede verse expuesto ante los demás, se tiene miedo a comportarse de una manera que pueda resultar humillante o embarazosa. Se da una fuerte ansiedad anticipatoria si se ve enfrentado a la necesidad de entrar en dicha situación, y por tanto intenta evitarla.

La APA (2014) establece que, en el trastorno de ansiedad social (fobia social), la persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado. Esto incluye interacciones sociales tales como reuniones con personas desconocidas, situaciones en las que la persona puede ser observada y situaciones en

las que la persona ha de actuar ante otros. La ideación cognitiva es la de ser evaluado negativamente por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros.

En los niños, el miedo o la ansiedad social se produce en las reuniones con los individuos de su misma edad y no sólo durante las interacciones con los adultos. Cuando se expone a este tipo de situaciones sociales, el individuo teme ser evaluado negativamente, teme ser juzgado como ansioso, débil, loco, estúpido, aburrido, intimidante, sucio o desagradable, además el niño con fobia social teme actuar o mostrarse de una determinada manera, o manifestar síntomas de ansiedad que serán evaluados negativamente por los demás, como rubor, temblores, sudoración, trabarse con las palabras, o no poder mantener la mirada (APA, 2014).

Dentro de la sintomatología, se encuentran, palpitaciones, diaforesis, temblor, diarrea y rubor facial entre otros. Los niños con fobia social pueden llorar, hacer berrinches o esconderse detrás de sus padres cuando se enfrentan a situaciones sociales, se presenta aferramiento como abrazos y mutismo (Aldana, 2009, citado en Martínez et al., 2013).

Trastorno obsesivo compulsivo

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), se caracteriza por las obsesiones y/o compulsiones recurrentes que son lo suficientemente molestas para causar malestares severos, suele aparecer principalmente en la adolescencia y en la edad adulta. Las obsesiones son pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes que generan ansiedad. Con frecuencia, las obsesiones son sin sentido, desagradables, de mal gusto, o incluso repugnantes. En las compulsiones, los pensamientos se llevarán a cabo en un intento de ignorar, suprimir o "neutralizar" sus obsesiones, estas implican típicamente repetitivos comportamientos (lavado, comprobación) o actos como contar, silenciosamente repetir ciertas palabras o rezar (Aldana, 2009; Koplewicz, 2005, citados en Martínez y et al., 2013).

El TOC se caracteriza de acuerdo a la APA (2014) por la presencia de pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusivos y no deseados, y por compulsiones como conductas repetitivas que un individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión o de acuerdo con reglas que deben aplicarse rígidamente. En el DSM-V se encuentra descrito que, los trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados difieren del desarrollo normal en que las preocupaciones y rituales aparecen, ya que son más excesivos o persistentes para la etapa del desarrollo, por ello la distinción entre la presencia de síntomas subclínicos y un trastorno clínico requiere la evaluación de un cierto número de factores.

Echeburúa (1997) habla del Trastorno Obsesivo Compulsivo y menciona que, se compone principalmente de obsesiones a nivel cognitivo, es decir pensamientos ilógicos desagradables que surgen en contra de la voluntad de la persona, y de compulsiones a nivel motor, conductas repetitivas sin sentido en sí mismas pero que consiguen suprimir o reducir la ansiedad. Muchas personas con trastorno obsesivo compulsivo, tienen creencias disfuncionales, estas creencias son un sentido exagerado de la responsabilidad, la tendencia a sobrestimar las amenazas, el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre, otorgar excesiva importancia a los pensamientos y la necesidad de controlar los pensamientos (APA, 2014).

Con respecto a los niños y niñas, Echeburúa (1997) menciona que los rituales más frecuentes entre los niños de 3 a 6 años están relacionados con la comida, el baño y la conducta de acostarse (escuchar un cuento, tomar vasos de agua o recibir besos repetidamente) dichos rituales suponen un intento de control de los miedos y a veces de un carácter supersticioso para eliminar algunos pensamientos molestos como medidas supuestamente de protección. Entre los 7 y 11 años, pueden surgir rituales relacionados con el coleccionismo, se pueden mantener también las conductas supersticiosas relacionadas con la “buena suerte” amuletos, imágenes,

etc., que funcionan como reductores de ansiedad en situaciones de estrés en exámenes, enfermedades o separación de los padres.

Csóti (2011) menciona que es posible que el niño pase varias horas cada día pensando en sus obsesiones y llevando a cabo acciones compulsivas. Por ejemplo, es posible que se torne muy ansioso sobre el estado de su cuarto y que se sienta incapaz de abandonarlo hasta que todo esté ordenado y en el lugar exacto. Esta conducta puede tomarle tanto tiempo que se le haga tarde para ir a clases. En ocasiones, el niño puede estar ansioso porque teme que alguien entre y cambie el orden de los objetos de su cuarto mientras él está ausente y, entonces, jamás llega el momento de irse de casa. Este caso no representa un miedo al entorno escolar, sino ansiedad por abandonar el hogar, en el que el niño siente que tiene que cuidar su cuarto.

Este tipo de comportamientos tiende a decrecer a medida que el niño se acerca a la adolescencia y comienza a disponer de recursos de afrontamiento más realistas, pero si hablamos de los rituales propiamente dichos del TOC, estos perduran e incluso se acrecientan más allá de este periodo. Al respecto, se conoce que la edad media de aparición está en torno a los 9 y 11 años, en donde algunos sucesos negativos de su vida pueden actuar como factores precipitantes, además de antecedentes familiares de otros trastornos emocionales y un tipo de educación en donde la primera idea sea la limpieza, el dinero, la obediencia y en donde la capacidad de autodirección del niño está muy recortada (Echeburúa 1997).

En la APA (2014) se especifica que, las personas que presentan este trastorno, han de mostrar ciertos tipos de síntomas que, si bien pueden llegar a variar dependiendo del individuo, son comunes en algunas de las dimensiones del TOC. Estos síntomas suelen ser, pensamientos y actos con referencia a temas de limpieza, simetría (obsesiones de simetría y repetición, compulsiones de contar y de orden), pensamientos tabúes o prohibidos y de daño (p. ej., de

agresión, sexuales, la religión, el temor a hacerse daño a uno mismo o a otros y compulsiones de comprobación relacionadas).

En este sentido, las obsesiones pueden ser, pensamientos de contaminación, imágenes como escenas violentas o terroríficas, (es importante destacar que las obsesiones no son placenteras ni se experimentan como voluntarias: son intrusivas y no deseadas, y causan malestar o ansiedad en la mayoría de los individuos). El individuo intenta ignorar o suprimir estas obsesiones o en todo caso neutralizarlas con otro pensamiento o acción. Las compulsiones o rituales, son conductas como contar, repetir palabras en silencio con un carácter repetitivo que el individuo se siente impulsado a realizar en respuesta a una obsesión, de acuerdo con unas normas que se deben aplicar de manera rígida (APA, 2014).

Echeburúa (1997) habla de algunos otros síntomas en los niños como son, conducta impulsiva que tiene como objeto reducir la sensación de malestar, por la interrupción del ritual, temor a la suciedad, miedo a algún peligro, temor al desorden, lavado excesivo, repetición de actos, comprobación, rituales, orden, perfeccionismo y coleccionismo.

Prevalencia

En la actualidad, los trastornos de ansiedad en nuestro país están en aumento al igual que en el resto del mundo, su prevalencia podría representar un problema de salud significativo, se sabe, que, en el año 2017, al menos el 14.3 % de la población mexicana presentaba algún trastorno de ansiedad (López, 2017). Sin embargo, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental, realizada en el año 2018, la cifra de los trastornos emocionales como ansiedad, fobias, aumentó a un 18%.

De igual manera, se ha detectado que, en las últimas décadas, la ansiedad y los trastornos emocionales en general, también han estado presentes de manera significativa en

niños y adolescentes, en 2017, se calculaba que la incidencia aproximada era del 8 al 15 % en trastornos de ansiedad (López, 2017). Pero, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Psiquiatría realizada en el 2018 aumentó a 24.7% en donde se encuentran afectados principalmente adolescentes, y en el cual al menos el 8% son niños. De este porcentaje, los resultados más elevados fueron principalmente en fobias específicas, seguido de la ansiedad por separación (Secretaría de Salud, 2013).

De acuerdo con Perales y Peris (2017) la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la edad pediátrica oscila entre un 3% y un 21%. Así mismo Tayeh et al. (2016) manifiesta que, existe una prevalencia mundial que oscila en la literatura, entre el 4% y 32% de la población, impactando negativamente, las relaciones sociales, el rendimiento académico, la vida familiar y los futuros logros ocupacionales.

Según lo dicho por Marín-Ramírez, Martínez-Díaz, y Ávila-Avilés (2015) existen datos, sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en México, que indican, que dentro de los trastornos mentales más comunes en la población mexicana son los trastornos de ansiedad, ya que alrededor de 14-15% de los individuos, en ese año presentaba algún trastorno de ansiedad, y que además esta prevalencia llegaba hasta el 18% en la población infantil y adolescente.

En un estudio que se realizó en la CDMX, se analizó una Muestra Probabilística Multietapa de 3,005 adolescentes entre 12 y 17 años, utilizando la Entrevista CIDI-A36. Se midió la prevalencia de los trastornos en los últimos 12 meses, los números se clasificaron en leves, moderados y graves. Se encontró una prevalencia de 39.4% de los principales trastornos, de los cuales 29.8% fueron de Ansiedad, 7.2% de Ánimo, 15.3% de Control de impulsos y 3.3% por Abuso de sustancias (Flora, 2009).

Ahora bien, Fernández, Aparicio, Hernández, y Urrea (2018) destacaron, que la prevalencia más alta dentro de los trastornos de ansiedad en la niñez es, el trastorno de ansiedad

por separación, con una prevalencia del 3.9% en la infancia y del 2.6% en la adolescencia, limitando en gran medida, el proceso de socialización con sus iguales, ya que, como consecuencia, aparece un empobrecimiento de las habilidades sociales a lo largo del tiempo y al llegar la adultez.

De acuerdo con Mandil et al. (2010), las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad infantiles en un año van de 10% a 20% para niños y adolescentes, con tasas de prevalencia en la vida de hasta 28.8% convirtiéndose en el tipo de trastorno psicológico más común. Puntualmente para las fobias específicas las tasas de prevalencia para menores en muestras de la comunidad han sido estimadas en un 5% y aproximadamente 10% en muestras remitidas por las clínicas (Ollendick, Hagopian y King, 1997 citados en Gomar et al., 2010).

Por otro lado, los datos específicos de la población americana, de acuerdo con la APA (2014) demuestran que la prevalencia en lo referente al trastorno de ansiedad por separación prevalece un porcentaje más alto en los niños menores de 12 años. Así mismo que, en las poblaciones clínicas de niños, el trastorno tiene la misma frecuencia en los varones y en las mujeres. Con respecto a la prevalencia anual de la fobia específica entre la población general es del 7-9% aproximadamente. Según lo dicho por la APA las tasas de prevalencia en los países europeos son en gran medida similares a las de Estados Unidos (alrededor del 6%). Las tasas de prevalencia son de aproximadamente el 5% en los niños y del 16% entre los de 13 a 17 años de edad.

Así mismo, las tasas de prevalencia en lo referente a las fobias específicas, son de aproximadamente el 5% en los niños y del 16% entre los adolescentes de 13 a 17 años de edad y aunque la prevalencia de fobia específica es menor en las poblaciones de mayor edad, continúa siendo uno de los trastornos más comúnmente padecidos en edades avanzadas (APA, 2014).

Echeburúa (1997) por su parte, expone que los estudios sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad, han sido muy poco precisos, considera que en parte esto se debe a la ausencia de claridad en cuanto a los criterios clasificatorios, que han cambiado a lo largo del tiempo. Al respecto considera que los trastornos de ansiedad tienen por tanto un peso importante en la psicología infantil.

Otro dato importante descrito por el DSM-V, asegura que el 40% de los individuos que presentan TOC en la niñez o en la adolescencia, pueden experimentar una remisión en la edad adulta, es decir, que, si el TOC aparece en la etapa infantil, puede llegar a persistir a lo largo de su vida. Por ello, el diagnóstico además de ser eficaz cuando se hace en la niñez, la evaluación puede arrojar los datos sintomatológicos sin mayor dificultad, si se realiza a esta edad.

Instrumentos de Evaluación de Ansiedad en la Infancia

Una vez que se identifican los síntomas ansiosos en un niño, es necesario realizar una evaluación completa. El proceso de evaluación comienza, habitualmente con la entrevista; ésta debe incluir al paciente, a los padres, cuidadores u otro adulto que conozca bien al niño y pueda informar sobre su comportamiento pasado y actual. También es esencial evaluar los antecedentes completos, incluidos los familiares, por la influencia genética y ambiental en la génesis de estos, las condiciones del desarrollo neurológico y el uso de sustancias (Tayeh et al., 2016).

Así, evaluar el componente objetivo, es fundamental. Se realiza por medio de la observación de la conducta del niño y de los cambios corporales que se presentan en situaciones ansiosas, se puede observar en el hogar, en el colegio, en la calle, (observación en situaciones naturales) o bien crear situaciones artificiales para observar la reacción infantil, haciendo pruebas de aproximación conductual y de tolerancia (Méndez, 2013).

Gomar, et al. (2010) agregan, que una evaluación para cualquier trastorno en niños, tendría que variar en métodos, es decir, complementar las entrevistas con, auto informe, observación directa y con algunas medidas como las escalas; así mismo de manera complementaria, tener múltiples informantes, como los padres, cuidadores, maestros y el propio niño. También es importante, que por medio del multimétodo, se puedan descartar otros diagnósticos que pueden ser comórbidos, incluyendo otros trastornos de ansiedad, como pueden ser, trastornos del humor o del comportamiento. Para ello se pueden usar además de entrevistas diagnósticas cuestionarios e inventarios de comportamiento.

En este sentido, la entrevista diagnóstica, ayuda a los profesionales a determinar la presencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, la entrevista misma se divide en módulos para cada trastorno de ansiedad y puede administrarse de manera estructurada o semi estructurada. Algunas entrevistas disponibles incluyen, la entrevista diagnóstica para niños IV versión del NIMH y el Cuestionario para trastornos de ansiedad del DSM IV para niños y padres (ADIS-IV-C/P) (Gomar, et al., 2010).

Por otro lado, los cuestionarios son sin duda, los instrumentos de evaluación más utilizados, ya que en la práctica clínica se realizan para determinar la intensidad de los síntomas, así como para cuantificar los cambios en una intervención terapéutica. Los cuestionarios cubren un campo menor que las entrevistas, sin embargo, son medidas complementarias; los instrumentos disponibles tienden a ser muy genéricos y permiten medir la ansiedad como rasgo de personalidad y en algunos casos, como estado situacional (Echeburúa y Corral, 2009).

Existen además una variedad de escalas para padres, niños y adolescentes, específicas para cada trastorno, que son valiosas como herramientas para el diagnóstico clínico, puesto que ayudan a diferenciarlos y permiten identificar, entre otros, los niveles de los progresos durante el seguimiento del tratamiento (Tayeh, et al., 2016).

Una alternativa, pueden ser las escalas generales de ansiedad, ya que incluyen breves sub escalas para evaluar, la fobia específica y el trastorno de ansiedad por separación. La Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS) es un ejemplo, de esta existen algunas versiones para el niño, e incluyen ítems que, entre otros, contemplan el miedo a la oscuridad, a los animales, a los lugares, a los médicos, a lo desconocido, a la muerte, al fracaso o a la crítica; así como también 6 ítems relacionados con quedarse solo en casa, miedo a dormir solo, a estar lejos de los padres, o ir al colegio, etc. (Méndez, 2013).

Igualmente, la entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños según el DSM IV, ADIS-IV:C/P es una de las mejores entrevistas más utilizadas, ya que está diseñada para el ámbito infantojuvenil y cuenta con una versión para padres y otra para niños. Esta entrevista incluye la posibilidad de llevar a cabo el diagnóstico de otros trastornos y además establecer el diagnóstico diferencial de los trastornos de ansiedad. Su fiabilidad es alta, y ha sido comprobada en niños de 7 a 11 años, así como en adolescentes de 12 a 16 años. Por tanto, es una entrevista adecuada para la evaluación y diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Sadín, 2002, citado en Echeburúa, 2009).

El cuestionario de Ansiedad por Separación de Inicio Temprano (CASIT), es otra opción dentro de la evaluación complementaria, ya que, a pesar de ser más específica, arroja datos importantes referentes a los síntomas ansiosos de este trastorno. Dicho cuestionario, consta de 24 preguntas que contestan los padres de niños menores de 6 años, y que se pueden agrupar en tres escalas, pérdida o daño de un ser querido, por ejemplo, ¿Tiene miedo a que pueda morir usted?, o bien problemas para dormir, ¿su hijo duerme con usted o con su hermano?, y finalmente acontecimientos cotidianos, como quedarse con algún conocido o vecino (Méndez, 2013).

Así mismo el CASIT, incluye 26 preguntas que responden los niños mayores de 6 años, y que se estructuran en tres escalas; Malestar, ¿te sientes mal en el colegio porque tus padres no están contigo?; Preocupación, ¿te preocupa que algo malo impida que te reúnas con tus padres?; y Tranquilidad, ¿estás tranquilo cuando tus padres no están contigo? Con dichas preguntas, y con el uso específico de este cuestionario, se ha demostrado que, si se utiliza en niños de 7 y 8 años, (edad promedio de aparición del trastorno de ansiedad por separación), se puede diagnosticar el 98% de los casos (Méndez, 2013).

En resumen, las técnicas e instrumentos para evaluar la ansiedad infantil, son en primer momento las entrevistas, seguido de autoinformes, escalas, inventarios generales, inventarios o cuestionarios específicos, observación natural, pruebas de aproximación conductual en algunos casos, así como pruebas de tolerancia y registros psicofisiológicos (Méndez, 2013). Así mismo la utilización conjunta de los cuestionarios de niños y padres, junto con la historia evolutiva, la observación clínica y la información suministrada por la escuela, posibilitan una exploración psicológica integrada que permite establecer posteriormente un programa de intervención eficaz (Bragado y García-Vera 1998, citados en Echeburúa y Corral, 2009).

Cuestionario de ansiedad infantil

El Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS (Child Anxiety Scale) desarrollado por John S. Gillis en 1980 y adaptado por Gómez y Pulido en 1991, mide el nivel de ansiedad que presentan niños entre 6 y 8 años de edad, se trata de un cuestionario que es aplicable, de manera individual y colectivamente, el instrumento consta de 20 ítems donde cada elemento consiste en asociar una pregunta, a una respuesta gráfica, ya sea un círculo o un cuadrado, habiendo una figura que representa a cada ítem, se contestan en una hoja de dibujos con dos opciones de respuesta (sí/no) y que permiten apreciar el nivel de ansiedad en los primeros años de la infancia. El tiempo de aplicación oscila entre 20 y 30 minutos (Mamani, 2018; Echeburúa y Corral, 2009).

Esta prueba de acuerdo con Mamani (2018) está estructurada por dos factores: El primer factor, está integrado por los componentes: Emocionalidad, excitabilidad, cambio de actitudes y evasión de las responsabilidades. El segundo factor, está constituido por el retraimiento, timidez y sentimientos de dependencia. En el primer factor, se asocian los Factores C-, D + y Q4 + del ESPQ. En los cuales se describen a aquellos niños que son emocionalmente poco estables, presentan menos tolerancia a la frustración, son propensos a perder el control en el aspecto emocional, tienden a exhibir excitación a las provocaciones y a reaccionar de manera desmesurada frente a algunos estímulos, mostrándose, en general, inquietos y exigentes.

Emocionalidad general (FC); este componente caracteriza aquellos niños que son, cambiantes, que presentan menos tolerancia a la frustración y la pérdida; por lo que, son más propensos a perder el control emocional. Excitabilidad (FD); este componente se distingue porque, el niño comienza a accionar de forma inesperada, o una hiperreacción ante diversos tipos de estímulos. Tensión érgica, o presión del conflicto (Q4); este componente aparece ya claramente a los 11 años y representa la presión y el conflicto, así como la frustración total. En este sentido, los niños quizá sientan frustración, presión, sobreexcitación o se sientan inquietos. Finalmente, en el ESPQ aparece un tipo de conducta que hace fácil la sociabilidad (Mamani, 2018).

En el segundo Factor, se encuentran definidos los componentes como el retraimiento, timidez y sentimientos de dependencia. Estas características se asocian con los Factores H- y O+ del ESPQ, en donde se describen características como timidez y sensibilidad a la amenaza. En niveles altos los niños que tienen fuertes sentimientos de culpa, inseguros de sí mismos, tienden a la irritabilidad, ansiedad e inclusive a la depresión, en algunos casos, como efecto, son fáciles de amedrentar y utilizan el alejamiento de otras personas de su entorno para evitar la amenaza y la excesiva estimulación social (Mamani, 2018).

Por otro lado, este cuestionario, permite realizar dos cosas, primeramente, explorar el nivel de ansiedad en niños de edades escolares entre 1º, 2º y 3º de primaria, y segundo, diagnosticar la ansiedad infantil precoz, que tiene un especial interés porque el niño puede ser vulnerable a presentar además trastornos emocionales y de conducta en la adolescencia. El CAS tiene unas propiedades psicométricas satisfactorias, ya que es un instrumento muy útil para controlar y evaluar cada cierto tiempo, la evolución de la ansiedad presentada por los niños en determinado momento (Echeburúa y Corral, 2009).

Escala de ansiedad manifiesta en niños CMASR-2

La escala de ansiedad manifiesta en niños revisada 2 (CMASR-2) de Cecil Reynolds y Richmond, es una revisión completa de la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños Revisada, CMASR. Consta de 49 ítems de respuesta Sí/No, que permiten obtener una medida general de la ansiedad, así como tres medidas más específicas relacionadas con las respuestas fisiológicas, con las preocupaciones sociales, concentración y con la hipersensibilidad. Está diseñada para medir la ansiedad en niños de 6 a 19 años; posee normas para México y está actualmente publicada por la editorial Manual Moderno (Echeburúa y Corral, 2009; Aragón, 2015).

El instrumento es una medida breve de autoinforme diseñado como herramienta auxiliar para comprender y tratar problemas de ansiedad que afectan a niños y adolescentes. La segunda edición presenta una muestra de estandarización actualizada, propiedades psicométricas mejoradas y una cobertura más amplia de su contenido, una de Ansiedad Total con puntuaciones para las escalas: Ansiedad fisiológica, Inquietud y Ansiedad social y dos puntuaciones de validez: Defensividad e índice de respuestas inconscientes. Siendo así que, 10 de los 49 reactivos identifican la manifestación la ansiedad con relación al desempeño académico; también existen reactivos para medir otras fuentes de ansiedad en la etapa de

desarrollo del niño, como son las relaciones con la familia, sus compañeros de clase o bien, su desempeño y bienestar emocional (Reynolds y Richmond, 2012; Aragón, 2015).

La escala de ansiedad fisiológica está compuesta por 12 reactivos, que miden las manifestaciones físicas de la ansiedad, como dolores de estómago, cabeza, insomnio o sudoración. La escala de inquietud, contiene 16 reactivos, sugiere que el niño puede ser hipersensible a las presiones ambientales, está preocupado o agobiado; la ansiedad social consta de 12 reactivos que indagan la ansiedad en situaciones sociales, preocupación por la comparación con otras personas, no ser capaz de vivir de acuerdo a sus expectativas, o bien, dificultad para concentrarse. La ansiedad Total, es una puntuación global que se compone de los reactivos de las tres escalas anteriores, dentro de la cual, nos da para catalogar, puntuaciones mayores a 60 como predisponente a tener ansiedad o manifestar respuestas ansiosas (Aragón, 2015).

La escala de Inquietud (INQ) indaga acerca de una variedad de preocupaciones obsesivas como "soy nervioso", "muchas veces me preocupa que algo malo me pase "me preocupa no agradarles a los otros". La mayoría de estas preocupaciones son imprecisas y poco claras, e incluyen temores a ser lastimado. Una puntuación elevada sugiere que el examinado está temeroso, nervioso, o que de algún modo es hipersensible a las presiones del entorno. También puede sugerir una fuerte necesidad del niño de aprender a hablar sobre sus sentimientos de ansiedad y de aprender a sobrellevar la ansiedad de una manera más abierta (Reynolds y Richmond, 2012).

En la escala de Ansiedad Social (SOC) se indaga acerca de la ansiedad en situaciones sociales y de desempeño, "Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase" Los niños o adolescentes con alto puntaje en esta escala pueden experimentar cierta ansiedad al sentirse incapaces de estar "a la altura" de las expectativas de las personas que son importantes

en su vida. Cuando la puntuación es alta, siempre es importante verificar si se presentaron circunstancias inusuales durante la aplicación a las que se les pudieran atribuir estas respuestas (Reynolds y Richmond, 2012).

Por otro lado, en el índice de Defensividad, se enlistan nueve reactivos, en las que se indican si el examinado tiene disposición para aceptar las imperfecciones cotidianas que comúnmente se experimentan. Los niños más pequeños pueden marcar cinco, seis o más de éstas. En Ansiedad Fisiológica, aparecen reactivos como, "siento asco o nauseas", dificultades de sueño, "en las noches me cuesta trabajo quedarme dormido", "Tengo demasiados dolores de cabeza" o fatiga, "Me canso mucho" (Reynolds y Richmond, 2012).

En este sentido, es importante mencionar, que se sugiere aplicar esta prueba cuando el niño presente principalmente, algunos síntomas indicativos de ansiedad, tales como, dolores de estómago, de cabeza, insomnio, pesadillas, nerviosismo, preocupaciones, miedos, entre otros. Así como cuando el menor tiene dificultades escolares, no solo académicas sino también sociales (Aragón, 2015).

Finalmente, se entiende que el CMASR-2 es un instrumento de autoinforme claro y conciso que requiere solamente de 10 a 15 minutos para responderse, su aplicación puede ser individual y grupal. Para contestar, los evaluados deben marcar sus respuestas a los reactivos en el Cuestionario. Para obtener la puntuación, se necesita la hoja de perfil adecuada a la edad para determinar y cotejar las puntuaciones estándar. Para responder el CMASR-2, el niño debe estar en una zona cómoda, lo más silenciosa y libre de distracciones posible. Se le debe indicar cómo responder todos los reactivos del cuestionario del CMASR-2, de manera que el puntaje pueda obtenerse con precisión (Reynolds y Richmond, 2012).

Kiddie schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children KSADS-PL

Surge en 1978 a partir de la modificación de la escala para adultos SADS. Está dirigida para medir una serie de síntomas que configuran trastornos psicopatológicos, como depresión mayor, esquizofrenia, entre otros, tomando como base los criterios del DSM. Este instrumento consiste en una entrevista semi estructurada aplicada y calificada al menor y a su padre, madre o tutor. En 1996 surge la versión más reciente, el KSADS-PL, el cual integra en un solo instrumento la medición con criterios de exclusión al puntuar ciertos síntomas como ausentes o de poca severidad, generando saltos que permiten avanzar en la entrevista y así abreviar el tiempo de aplicación (Yáñez y García, 2013).

La administración del K-SADS-PL consiste en: una entrevista introductoria no estructurada, una entrevista diagnóstica de tamizaje, el listado de suplementos (que se seleccionan y aplican sólo cuando se cumplen los criterios del DSM IV para algún trastorno), el resumen del listado diagnóstico a lo largo de la vida y la escala de evaluación global en el caso de los niños. Con el K-SADS-PL se entrevista a cualquiera de los padres, al niño o adolescente, para obtener posteriormente una calificación sumaria (Ricardo-Garcell, Galindo, Serra, y De la Peña, 2004).

El KSAD-PL permite evaluar 18 trastornos, Trastornos depresivos, Psicosis, Trastorno de pánico, Trastorno de Ansiedad por Separación, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno de Estrés Post Traumático, Manía, entre otros, además de complementos como Uso de Tabaco y Consumo de alcohol. Cada una de las evaluaciones está construida para ser evaluada de acuerdo a diferentes códigos, con base en la frecuencia o intensidad con la que se presenta el trastorno. Se califica la “percepción” en primer lugar, del padre y en segundo la del niño, es decir, se realiza el cuestionamiento y se toma la respuesta

que exprese para el caso, cuestiones subjetivas, (la respuesta del niño) u objetivas (respuesta del padre). Esto para, colocar finalmente en el resumen, el valor del código que exprese para la situación, la respuesta objetiva en el caso del padre y subjetiva en el caso del niño.

El KSAD-PL se califica con los códigos que van de 0= Sin información, 1=Ausente, 2=Umbral y 3= Sub umbral; en donde el código 2 y 3 son considerados de importancia para poder diagnosticar con o sin evidencia de trastorno. Igualmente se encuentra el código 1=Si y 2=No, para el Trastorno de Estrés Post Traumático y complementos como el Consumo de sustancias.

Para proceder a la aplicación del suplemento de cada trastorno, es necesario que exista en la calificación por lo menos una respuesta con código 3= Umbral o en su caso 2= Si. De esta manera, si se califica con Evidencia de Trastorno, será necesario acudir a los criterios asignados por el DSM-IV y concluir con un diagnóstico final. KSAD-PL es un instrumento de evaluación muy completo que permite aclarar la existencia de la sintomatología específica de cada trastorno, por ello se incluye también, una evaluación para poder realizar un reporte o historia clínica, con evidencia de la existencia de algún trastorno pasado.

Tratamiento Niños

El tratamiento que se lleva a cabo con los niños, no es siempre el mismo que se realiza con los adultos, ya que depende en gran medida, del enfoque o abordaje que se trabaje, las técnicas que se utilicen y por supuesto el periodo evolutivo en el que se encuentra el niño. En este sentido, llevar a cabo un tratamiento que resulte, del todo eficaz, en la infancia, dependerá siempre, de las estrategias de intervención que se consideren y sobre todo las técnicas que vayan acorde a la etapa de su desarrollo.

Martínez et al. (2013) mencionan que la elección de un buen tratamiento se basa, primeramente, en las características individuales del paciente, y posteriormente de su familia.

Por lo que, se deben tener en cuenta también, los estresores familiares y ambientales, así como, los factores de riesgo, la severidad de los síntomas y sus consecuencias, además de la comorbilidad, la edad y el funcionamiento personal.

De esta forma, se dice que el tratamiento que ha sido utilizado ampliamente en casos de ansiedad infantil, es el cognitivo conductual. Solloa (2010) citado en Martínez et al. (2013) menciona, que la meta final de dicha terapia será siempre, enseñar al niño a reconocer las señales de diferentes manifestaciones de ansiedad y aprender técnicas específicas, para poder afrontar cualquier situación ansiosa en función de las nuevas habilidades aprendidas.

Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual (TCC) puede definirse actualmente, como “la aplicación clínica de la ciencia de la psicología que se fundamenta en principios y fundamentos válidos empíricamente” (Plaud, 2001, citado en Ruíz, Díaz, y Villalobos, 2012 p.32). Las aportaciones de la investigación sobre aprendizaje de principios del siglo XX son consideradas como los cimientos básicos que permitieron el anclaje posterior de la estructura de la TCC, y siguen siendo a día de hoy elementos esenciales en muchos acercamientos terapéuticos.

El postulado fundamental de la TCC es, que el modo en que las personas interpretan las situaciones, ejerce influencia en las emociones y la conducta, es decir, que los individuos responden al significado que adjudican a las situaciones, más, que las situaciones en sí (Beck, 2000, citado en Gomar, et al., 2009). Esto significa que, en la interacción del individuo con su entorno, pueden darse una serie de acontecimientos que pueden ser tanto positivos, neutros o negativos, y cada uno interpretará estos hechos con una serie de pensamientos que influyen continuamente en la persona.

Albert Bandura, ofreció la base para la integración de los aspectos cognitivos y conductuales en la terapia. Bandura fue pionero en el uso terapéutico del aprendizaje por observación y defendía la premisa de que el modelamiento, y la enseñanza de habilidades y conductas positivas, podrían ayudar a cumplir con el propósito principal que era integrar un componente cognitivo, que sirviera como mediador para tratar temores, fobias, y otros trastornos, con el fin de instaurar un importante cambio dentro de la terapia conductual y fortalecer la práctica cognitivo conductual (Esquivel, 2010).

La aportación fundamental de Bandura estriba en plantear la posibilidad del aprendizaje a través de la observación (imitación). 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 eventos estimulantes que se presentan como modelo, se retienen y se transforman en representaciones simbólicas que, ante determinadas señales ambientales, se reproducen conductualmente, sirviendo así de guía del comportamiento (Ruíz, et al., 2012).

En relación con la visión cognitiva de la imitación, Bandura formula el principio de determinismo recíproco, es decir, la existencia recíproca entre el comportamiento y los procesos cognitivos del individuo, ya que, dicho en otras palabras, es un sistema representacional en la determinación de la realidad. Esta influencia entre los elementos que determinan el comportamiento se realiza de forma sincrónicamente atendiendo a características ambientales, personales, de patrones de comportamiento y procesos cognitivos. El trabajo de Bandura ha sido importante en las aplicaciones del aprendizaje observacional, en el planteamiento del aprendizaje social y como impulsor de los aspectos cognitivos (Ruíz, et al., 2012).

Por tanto, aunque reconoce y asume la importancia de los procesos de condicionamiento clásico y operante, defiende su visión del comportamiento asumiendo que hay una clara toma de

posición por los procesos cognitivos a la hora de explicar el comportamiento. Por ello, desde el punto de vista de la intervención terapéutica se insiste en el abordaje de los procesos cognitivos, por ser éstos el determinante principal del comportamiento.

Es así que, esta terapia, utiliza los términos propios del procesamiento de la información y toma esta metáfora como referencia a lo largo de todo el proceso terapéutico. Se entiende que el funcionamiento cognitivo puede conceptualizarse de acuerdo con una serie de procesos como, codificación, almacenamiento, recuerdo, procesamiento atencional, sesgos, atribuciones, mecanismos de distorsión, etc. Por lo que, esta terapia parte de la existencia de una realidad independiente de la persona ya que puede captarse de forma objetiva mediante un análisis lógico y racional de los datos que percibimos (Ruíz, et al., 2012).

La terapia cognitivo conductual es entonces, el procedimiento por el cual, se busca identificar y modificar los procesos cognitivos, con el objetivo de cambiar sus repercusiones sobre las conductas y sobre las emociones, siendo así, que la modificación cobra sentido cuando los pensamientos, la conducta o las emociones son disfuncionales (Gomar, et al., 2010).

En este sentido, de acuerdo a los principios de la terapia cognitiva, ésta puede ser conceptualizada en función de su tratamiento, ya que, con la modificación de las estructuras de atribución y significado, será posible la desactivación de los esquemas disfuncionales, y la activación de modos constructivos más racionales.

Gomar, et al. (2009) consideran que, el trabajo de la Terapia Cognitivo Conductual básicamente es, que el paciente aprenda a refutar y discutir las cogniciones o pensamientos disfuncionales mediante preguntas cautelosas que el terapeuta, introduce generando en la persona la posibilidad de reconsiderar la validez de sus pensamientos. Para ello, se distinguen cuatro categorías específicas que ayudan a reconocer el aspecto disfuncional de estas cogniciones.

Dichas categorías son: cuestionamiento de la evidencia, que el paciente pueda reevaluar sus pensamientos disfuncionales y que identifique evidencia que confirme o no, sus pensamientos. Evaluar alternativas, que el paciente pueda incorporar visiones alternativas, acerca de la situación vivida, ampliando su sesgo interpretativo. Implicaciones, evitar el catastrofismo de las situaciones. Utilidad, evaluar el beneficio de quedarse o no “anclado” en una creencia (Gomar, et al., 2009).

A lo anterior, se le puede sumar, una técnica utilizada principalmente en la terapia cognitiva, Ruíz, et al. (2012) la mencionan:

Técnicas de reestructuración cognitiva. Están centradas en la identificación y cambio de las cogniciones (creencias irracionales, pensamientos distorsionados o auto verbalizaciones negativas) que están determinando o manteniendo el problema. Los modelos de reestructuración cognitiva se centran en el significado, analizan la racionalidad de los pensamientos, y enseñan al paciente a pensar de manera correcta, atacando los errores o distorsiones que pueden estar en el procesamiento de la información. En esta categoría se incluyen: la Terapia Racional Emotiva de Ellis y la Terapia Cognitiva de Beck.

En este sentido, la terapia cognitivo conductual, además de disponer de estas alternativas para la modificación de las creencias disfuncionales, también posee un proceso terapéutico que tiene, tres principios básicos que son claves para el tratamiento, ya que amplían de manera significativa la forma de intervenir: El empirismo colaborativo, el diálogo socrático y el descubrimiento guiado, éstos se articulan entre sí de manera que no es posible conducir adecuadamente un tratamiento, si no se mantienen estos principios permanentemente (Rodríguez y Vetere, 2011).

El empirismo colaborativo se considera dentro de la TCC como, la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente en el marco del tratamiento ya que se basa en un

vínculo en donde ambos agentes se posicionan como miembros de un equipo que trabajan en forma cooperativa, en la búsqueda de soluciones y en donde el terapeuta no se ubica en una posición de superioridad, sino que participa activamente para establecer una relación lo más igualitaria posible. El descubrimiento guiado, por su parte, se conceptualiza como, el proceso de aprendizaje en terapia mediante el cual se promueve, que el nuevo conocimiento sea construido por el propio paciente, siendo éste quien descubre nuevas estrategias de afrontamiento (Rodríguez y Vetere, 2011).

El diálogo socrático o mayéutica socrática, es un método de indagación que persigue diversos objetivos: primeramente, permite explorar la interpretación que el paciente otorga a sus distintas experiencias, facilitando el acceso a la red de significados en las que cada hombre edifica una visión de sí mismo, posteriormente, desarrolla explicaciones alternativas para poder iniciar con un proceso de descubrimiento guiado y con un testeo de hipótesis nuevas (Rodríguez y Vetere, 2011).

Éste último principio, es de especial importancia, ya que no solo se utiliza como base de la TCC en adultos, sino que también es utilizada para el éxito del tratamiento con niños, Rutter y Friedberg (1999) citado en Gomar, et al. (2009) proponen algunos pasos a considerar dentro del diálogo socrático: elicitación o identificación del pensamiento automático, vincular pensamiento, emoción y conducta, establecer la secuencia pensamiento, emoción, conducta, obtener la colaboración y aprobación del niño para seguir con el proceso y comprobar socráticamente la creencia.

Por lo tanto, se puede decir, que el diálogo socrático, si bien, es una estrategia de retribución verbal, su interés principal no es el de disminuir la ansiedad, sino que es una alternativa, para poder tener en consecuencia un cambio interpretativo por parte del niño.

De acuerdo con Rodríguez y Vetere (2011), las cogniciones de los niños ansiosos, se caracterizan por un exceso de pensamientos negativos, de distorsiones como personalización y

catastrofización, y por una alta frecuencia de pensamientos de afrontamiento no modulados que interfieren con su desenvolvimiento cotidiano, algunos de estos chicos tienen dificultades en las relaciones con sus compañeros y tienden a percibirse dentro del rechazo escolar y a verse como niños con bajo rendimiento académico.

Así pues, para el caso de los trastornos infantiles, el enfoque cognitivo y cognitivo conductual, se ha dado a la tarea de elegir una buena intervención, logrando hacer adaptaciones en cuanto a la forma de tratar con los pensamientos y creencias de los pequeños. Al respecto, se conocen a pocos que lograron integrar técnicas eficaces utilizando la terapia cognitiva conductual.

De manera que, la TCC está basada en el supuesto de que los niños con temor o ansiedad, tienen dificultad para controlar la presencia de cogniciones negativas, las cuales, son irracionales y catastróficas, además de que tienden a direccionar su atención y comportamiento hacia estímulos emocionales amenazantes, por ello la TCC utilizada en niños, es una intervención psicoterapéutica en la que el clínico le enseña al pequeño habilidades de afrontamiento adaptativo que le permitan desarrollar un sentido de control sobre sus síntomas ansiosos.

Kendall (1992) citado en Rodríguez y Vetere (2011) ha promovido un programa integral cognitivo conductual para el tratamiento de la ansiedad infantil, cuyos objetivos son que el niño aprenda a, reconocer experimentar y afrontar la ansiedad, reducir sus niveles de ansiedad, y realizar de forma gradual y apropiada los ejercicios que se le asignan.

Es así que la TCC es considerada por la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y Adolescente como la primera línea de tratamiento para los trastornos leves. Este tipo de terapia emplea una serie de estrategias de intervención, que incluyen psicoeducación a los padres y al niño, entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, resolución de problemas,

modalidades de exposición y prevención de recaídas, las cuales son utilizadas por el clínico en mayor o menor medida según el tipo de trastorno (Tayeh, et al., 2016).

Además, el abordaje cognitivo conductual en niños, integra intervenciones con estrategias conductuales como el manejo de contingencias y el modelado, que tienen como objetivo modificar o mejorar respuestas cognitivas, emocionales y conductuales des adaptativas del niño, al respecto Friedberg y McClure (2002) citados en Gomar, et al. (2009) señalan que aunque la TCC debe adaptarse a las características únicas del niño, hay varios principios establecidos que también pueden aplicarse en su tratamiento, como el descubrimiento guiado y el empirismo colaborativo, ya que si bien han sido utilizados en el tratamiento con adultos, han existido resultados positivos a la adaptación y utilización de estos principios.

Según Kendall (2000) citado en Gomar, et al. (2009) el modelo cognitivo conductual, considera que los elementos que influyen en el cambio conductual, son las expectativas anticipatorias asociadas al evento, las atribuciones posteriores, el procesamiento cognitivo de la información y estados emocionales que acompañan al evento. Afirma, que la TCC en niños es un modelo que cuenta con diferentes características: está orientado a la resolución de problemas, está centrado en el procesamiento cognitivo de la información, tiene en cuenta el plano emocional, social e interpersonal y enfatiza las intervenciones en el desempeño y la práctica, por lo que el tratamiento apunta a superar tanto las distorsiones, como la deficiencia en el procesamiento de la información.

En este sentido, la terapia debe proveer la oportunidad de realizar una serie de aprendizajes que normalmente no pueden ser adquiridos por medios exclusivamente verbales, por lo que practicar, hacer y ejercitar, son parte esencial de un proceso de cambio exitoso. Es decir, el objetivo de la terapia consiste en que los niños puedan comenzar a interpretar las situaciones desde distintas ópticas, que le sean funcionales al paciente.

En la TCC las intervenciones se efectúan a través de la psicoeducación, la implementación de registros, técnicas de cuestionamiento guiado, y la realización de tareas para el hogar. En la etapa de psicoeducación, consiste en darle al paciente una breve explicación acerca del trastorno: posibles factores causales, principales características y síntomas; el tratamiento: cuáles son las alternativas disponibles, aspectos básicos, técnicas a utilizar y duración aproximada; y relación terapéutica (Gomar, et al., 2009).

En la etapa de intervención, se pretende que el niño aprenda a través de la acción las estrategias aprendidas en terapia. Algunas estrategias para el cambio cognitivo en el abordaje terapéutico son: entrenamiento en el reconocimiento de emociones, identificación y monitoreo de pensamientos automáticos, reconocimiento de la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta y reestructuración cognitiva (Gomar, et al., 2009).

Así, se puede decir de acuerdo con Kendall (1990) citado en Ballesteros y Sarmiento (2013) que la terapia cognitivo conductual, ayuda a los niños a identificar sus posibles distorsiones cognitivas, a confrontarlas, a adquirir nuevas habilidades, a reconocer los sentimientos y reacciones somáticas, a desarrollar estrategias de afrontamiento, a evaluar los resultados y además a clarificar los pensamientos o cogniciones provocadas en situaciones tales como, atribuciones y expectativas negativas o poco realistas, todo ello con estrategias como juego de roles, entrenamiento en relajación, terapia de juego entre otras.

Por tanto, en la práctica clínica se procede frecuentemente a la utilización conjunta o sucesiva de varias de estas técnicas (Bragado, 1993, citado en Echeburúa y Corral, 2009).

Las técnicas que han sido ampliamente empleadas en tratamiento de la ansiedad en niños, bien pueden dividirse en conductuales y cognitivas, sin embargo la clasificación es meramente descriptiva, ya que con la terapia cognitivo conductual, de acuerdo con Martínez et al. (2013) se han utilizado conjuntamente, algunas de ellas son: reestructuración cognitiva,

relajación y respiración técnica de exposición, técnicas de modelado, técnicas para el manejo de situaciones y técnicas de resolución de problemas.

Antes de comenzar a describir cada una de estas, es importante mencionar, que, dentro de cada técnica utilizada en la TCC, se encuentran otras estrategias que se han ido agregando y que se han implementado como pasos a seguir para el cumplimiento del objetivo principal. Es decir, cada técnica puede tener más de una estrategia diferente y nombrar a cada una de estas de manera distinta, de manera que pueden utilizarse las que mejor se adapten al objetivo terapéutico, pero que al final su objetivo siempre será el mismo.

Por ejemplo, dentro de la reestructuración cognitiva, existe el diálogo socrático que a su vez se divide en identificación de pensamientos, identificación de emociones, identificación de la relación con los pensamientos, etc. Es importante esta aclaración ya que no siempre se hace y muchas veces se piensa, que las estrategias o pasos a seguir son técnicas separadas y se toman en aislado, cuando deberían contemplarse en conjunto con otras.

Ahora bien, habiendo aclarado lo anterior, Gomar, et al. (2009) mencionan que existen algunas estrategias utilizadas en niños, que se siguen principalmente, con el objetivo de una reestructuración cognitiva, los pasos son:

Entrenamiento en el reconocimiento de las emociones: Proveer al niño de un amplio repertorio de emociones, así como sus respectivos nombres para que puedan identificarlas y diferenciarlas, para luego poder trabajar en cómo hacer para modificar los estados emocionales.

Identificación y monitoreo de los pensamientos automáticos: Orientar al paciente en la detección de los auto diálogos e imágenes disfuncionales que se suscitan en las situaciones problemáticas para luego poder cuestionarlos.

Reconocimiento de la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta: Que el paciente comprenda cómo pensamiento, emoción y conducta se influyen mutuamente, que dichos fenómenos son procesos interrelacionados.

Reestructuración cognitiva: Que el niño comprenda que una misma situación puede ser interpretada de diversas maneras, se promueve el auto cuestionamiento de los pensamientos automáticos disfuncionales, intentando generar alternativas más flexibles y adaptativas.

Pasando a la conceptualización de las técnicas, se sabe que la *reestructuración cognitiva*, consiste en ayudar al niño a comprender la conexión entre pensamientos, emociones y conductas. Por eso, al principio de la mayoría de los programas de TCC se les enseña a los niños a identificar sus síntomas, luego, afrontarlos, se les introduce el concepto de auto diálogos o auto verbalizaciones, para que, dependiendo de su contenido, éstas nos puedan ayudar a tener un mejor desempeño en situaciones ansiosas (Gomar, et al., 2010).

El objetivo de enseñar a los niños sobre las auto verbalizaciones ansiosas es: ayudarlos a reconocer sus patrones de pensamiento individuales y ayudarlos a entender que pueden modificar y reestructurar éstas auto verbalizaciones; ya que a menudo suelen caer en patrones de pensamiento caracterizados, por expectativas negativas sobre el desenlace de una situación en particular. Estos patrones de pensamiento suelen explicarse como “trampas de pensamiento” e incluyen distorsiones cognitivas, como enfocarse solo en las características o posibilidades negativas, hacer suposiciones erróneas o predecir desenlaces catastróficos y pensamientos de todo y nada (Gomar, et al., 2010).

Una vez que el niño reconoce sus patrones de auto verbalizaciones ansiosas, se puede comenzar a implementar la reestructuración cognitiva como estrategia para desafiar los auto diálogos catastróficos, con el objetivo de fomentar las auto verbalizaciones de afrontamiento como respuesta o como reemplazo de los auto diálogos ansiosos (Gomar, et al., 2010).

De acuerdo con Rodríguez y Vetere (2011), para producir cambios internos en el niño y pueda hacer frente a diferentes situaciones temidas, pueden utilizarse además técnicas centradas en el control de la activación, como respuestas fisiológicas y respuestas cognitivas. Los principales entrenamientos son la estrategia de *auto instrucción* y *la relajación muscular*.

En el primer entrenamiento, se reemplazan los pensamientos ansiosos por frases que ayudan a enfrentar los estímulos temidos, el objetivo es que el lenguaje interior guíe la interacción con la estimulación ansiosa y los aspectos más atemorizantes (Rodríguez y Vetere, 2011). Así, el entrenamiento en auto instrucciones, es el proceso de enseñar a los niños a hablarse a sí mismos de formas diferentes, de manera que las auto instrucciones puedan actuar como una anticipación de consecuencias agradables y funcionen como un plan para conseguir un objetivo (Echeburúa, 2009).

En la segunda técnica, se activa la respiración rítmica y pausada, reduciendo la tensión crónica y controlando las respuestas de activación del organismo. La relajación es una técnica terapéutica adecuada en el control de la ansiedad, ya que su objetivo es enseñar al niño a relajar los músculos a voluntad, de modo que pueda ser consciente de las sensaciones de tensión y de laxitud de los mismos. El método de la relajación progresiva de Jacobson, es sin duda el más utilizado y probablemente el más adecuado, está basado en tensar y relajar los principales grupos musculares, al tiempo que el niño se concentra en las sensaciones relacionadas con la tensión y la relajación. Cuando el niño ha aprendido la técnica, debe practicarla al menos dos veces al día durante 10 o 15 minutos (Echeburúa, 1997).

Por otro lado, siguiendo con las investigaciones, se indica, que el tratamiento por medio del modelamiento es una forma efectiva de adquirir, fortalecer o debilitar conductas específicas, ya que ha sido una manera eficaz y práctica de adquirir comportamientos y habilidades. Las técnicas de modelado están fundamentadas en el aprendizaje, la facilitación y la modificación de

conductas. Las técnicas de modelado se pueden presentar en algunas variantes como, por ejemplo, el modelado simbólico, el modelado encubierto, así como el modelado participante y no participante (Echeburúa, 1997).

En el modelado simbólico el niño ansioso observa en videos o películas a otros niños que interactúan con los estímulos a los que él le teme; en algunos casos el modelado puede presentarse por medio de cuentos o narraciones, teniendo una influencia en las imágenes visuales. En el modelado encubierto el niño debe imaginar una serie de escenas generadoras de ansiedad y presentarse a continuación un modelo que lleve a cabo dichas actividades que funcionan como suscitadores de ansiedad. En el modelado participante, habitualmente el terapeuta, realiza tareas progresivamente ansiógenas interactuando con el niño en todo momento como observador e invitándolo a repetir las tareas con la guía física (Echeburúa, 1997).

Para el modelado no participante, el niño observa en vivo a un adulto o a otro niño, que se enfrenta gradualmente a los estímulos temidos o ansiosos, sin experimentar consecuencias negativas. Desde la perspectiva observacional se trata de una técnica que resulta eficaz, ya que se trabaja con la manifestación de preocupaciones y miedos, en la adquisición de estrategias de afrontamiento, y con la superación de la ansiedad y del miedo (Rodríguez y Vetere, 2011).

Ahora bien, la técnica de resolución de problemas, de acuerdo con Gomar, et al. (2010) ayuda al niño mediante una serie de pasos, a tomar un rol más activo en el proceso de afrontamiento. Dentro de los pasos principales están: identificar el problema, facilitando la transición de una noción abstracta de que “algo” está mal a una identificación concreta de la situación problemática, pensar en posibles soluciones o formas de afrontamiento, ayudando al paciente a aprender a pensar en forma más flexible sobre el problema, evaluar las posibles soluciones, discutiendo cada alternativa, y se le pide al niño que elija una, que tenga mayores probabilidades de tener éxito y probar las posibles soluciones, se alienta al niño para que

comience con la opción que evaluó con mayor éxito, y se le enseña a estar listo para implementar segundas y terceras alternativas (Echeburúa, 1997; Rodríguez y Vetere, 2011).

En este sentido, se puede decir que el aprendizaje efectivo de un proceso de solución paso a paso de problemas es importante, ya que le enseña a solucionar sistemáticamente problemas en su vida cotidiana mediante la creación de una lista de posibles soluciones.

Otra de las técnicas que han sido mencionadas, es la *técnica de exposición*, dicha técnica es considerada como el componente más importante en el tratamiento de la ansiedad, ya que se trata de exponer al niño a experiencias sistemáticas con situaciones temidas en las que se le brinda la oportunidad de practicar habilidades de afrontamiento. Las tareas de exposición permiten a los niños enfrentar sus miedos mientras desarrollan comportamientos adaptativos en respuesta a un estímulo o situación temida, es decir se ayuda al niño a distinguir el peligro real del percibido a través de la experiencia directa (Gomar, et al., 2010).

Las tareas de exposición le brindan al niño oportunidades para poner a prueba sus predicciones negativas, así como de experimentar sentimientos de ansiedad y aprender que disminuyen con el tiempo, por ello, la repetición de las tareas es considerada valiosa para el éxito del tratamiento, ya que se considera que la práctica repetida permite al joven construir un repertorio de experiencias exitosas en situaciones que le provocan ansiedad y genere pensamientos de afrontamiento útiles (Gomar, et al., 2010).

En este sentido la TCC incluye intervenciones como el modelado, ejercicios de relajación, exposición, entrenamiento en resolución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales, etc. Siempre de acuerdo con el tratamiento que se requiera para la problemática que presenta el niño y al momento del proceso terapéutico. Todo ello sin olvidar que, al finalizar se incluye una etapa de prevención de recaída, para repasar las distintas estrategias utilizadas que dieron

resultado en la resolución del conflicto, se anticipa la posible aparición de eventos significativos y se fomenta una actitud autónoma de afrontamiento (Gomar, et al., 2009).

Terapia de juego cognitivo conductual

La terapia de juego cognitivo conductual, nace a raíz de que Susan Knell, juntó la teoría y las técnicas de las terapias cognitiva y conductual con los principios de la terapia de juego para crear, la Terapia de Juego Cognitivo Conductual. Knell en 1993 afirmó que la terapia cognitiva podría modificarse para aplicarla con niños de corta edad si se presentaba de forma sumamente accesible para ellos. De la misma manera Philips en 1985, siendo psicólogo del desarrollo, planteó la hipótesis de que incorporar técnicas cognitivo conductuales en el campo de la terapia de juego ofrecía un rumbo prometedor, en el campo de la terapia de juego (O' Connor, 2017; Schaefer, 2012).

Es de esta forma, que los estudios fueron teniendo gran relevancia dentro de este campo, Knell y Moore en 1990 realizaron una investigación sobre el uso de la terapia de juego cognitivo conductual con un niño de cinco años de edad, siendo este el primer informe de caso publicado sobre la integración de intervenciones cognitivas y terapia de juego con un niño de edad escolar, con ello afirmó que la terapia cognitiva podía aplicarse a niños si se presentaba de forma sencilla para ellos, en donde se podían utilizar libros, títeres, muñecos de peluche, y otros juguetes para modelar estrategias cognitivas (O' Connor, et al., 2017).

Por lo tanto, la Terapia de Juego Cognitivo Conductual, es una adaptación de la TCC diseñada para ajustarse en términos de desarrollo en niños preescolares y de los primeros años de la escuela, es decir, es una intervención que toma en cuenta las etapas de desarrollo para niños de 2.5 a 6 años de edad, aunque, ha sido actualmente utilizada y adaptada con niños mayores e incluso con adultos. La TJCC brinda maneras alternas más adaptativas para que los niños adquieran cierto control sobre su ambiente. Es útil con niños ansiosos, deprimidos y

temerosos que han vivido alguna experiencia traumática, ya que, según su perspectiva, muchos de estos niños podrían tener pensamientos desadaptativos relacionados con sus dificultades (O' Connor, et al., 2017).

La terapia de juego cognitivo conductual ha tenido fundamentos importantes que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la ansiedad en niños, además de que han sido importantes en intervenciones con otras problemáticas como maltrato y abuso sexual. Uno de los estudios más significativos de acuerdo con Esquivel (2010) fue el que realizó Knell y Moore en 1990, con un niño de cinco años de edad, que padecía encopresis, demostrando que la terapia de juego puede ser eficaz para múltiples casos, siempre y cuando se utilizaran técnicas de juego accesibles y entendibles para los pequeños.

De manera reciente, la TJCC ha comenzado a dirigirse a los niños, desde una perspectiva del desarrollo, ya que proporciona un método para que aprendan a cambiar su propia conducta, a partir del uso del juego. Así mismo, enfatiza y motiva la participación del niño en el tratamiento, al encauzar los conflictos de control, dominio y responsabilidad por el propio cambio de conducta (Schaefer, 2012).

Al incorporar los elementos cognitivos, el niño puede convertirse en un participante activo en el cambio, por ejemplo, que los niños identifiquen y modifiquen creencias que potencialmente pueden ser inadaptativas, se puede experimentar una sensación de comprensión y permisión personales (O' Connor, et al., 2017).

Por otro lado, de acuerdo con Vigotsky (1978) citado en Gomar, et al. (2010) el juego tiene un papel importante en el desarrollo cognitivo e interpersonal, particularmente con la interiorización de las reglas del intercambio social y con el desarrollo de los procesos creativos; Vigotsky decía que los niños pequeños, a medida que jugaban, orientaban la noción de los objetos, personajes y demás a partir de un monólogo organizativo, que paulatinamente se

interioriza. Así mismo, destacó que esta internalización del lenguaje favorecía la autorregulación de las emociones y la adquisición de propósitos y direccionalidad para las conductas en relación con el contexto.

Desde una perspectiva actual, Russ (2004) citado en Gomar, et al. (2010) presta especial atención a las intervenciones con juegos de representación en el desarrollo evolutivo, y destaca que cuando el niño, a partir del desarrollo del lenguaje manipula objetos y personajes y los hace interactuar, intenta a través de estos medios expresar su manera de comprender su experiencia y a la vez, resolver los problemas que el propio juego presenta, ya que complejiza su conceptualización cognitivo emocional respecto de los cambios significativos que lo impactan en su entorno.

Siendo así que en los juegos se pueden observar y evaluar procesos de importancia fundamental para el desarrollo cognitivo emocional, el ajuste social, los procesos cognitivos, afectivos, interpersonales y de resolución de problemas. En este sentido, se dice que, en los procesos cognitivos, el juego representativo incrementa, las capacidades de organización narrativa, el uso del simbolismo y el desarrollo del pensamiento divergente. A medida que el niño se involucra en el juego, desarrolla la habilidad para contar una historia, así mismo se generan paulatinamente habilidades para desarrollar ideas variadas, diferentes temas para una historia y símbolos cada vez más complejos (Gomar, et al., 2010).

Entonces, si con el juego de representación se favorece, el desarrollo cognitivo, comportamental, emocional e interpersonal de los entornos naturales, es evidente su funcionalidad y cumplimiento en funciones análogas en el aprendizaje terapéutico.

Por lo que, los objetos ordinarios se transforman para adoptar funciones representacionales, de manera que el niño, aprende a involucrarse en un “como si” pretendiendo que está en otro tiempo y espacio. Por ende, el juego interfiere también, en los procesos

afectivos, de manera que los niños desarrollan habilidades para expresar sus estados afectivos, al mismo tiempo que ejercitan estrategias de regulación emocional y la integración cognitiva del afecto, construye habilidades para expresar imágenes y se desarrollan procesos que permiten el reconocimiento paulatino de las emociones (Gomar, et al., 2010).

De esta forma, se establece que, la terapia cognitivo conductual incluye el juego, con la finalidad de utilizarlo como herramienta para enfatizar y motivar la participación del niño en el tratamiento, así como para modificar principalmente, patrones de pensamiento. Es así que la terapia de juego cognitivo conductual, exige a los terapeutas tener un papel activo y a cumplir con objetivos concretos que modifiquen pensamientos, emociones, y patrones de conducta problemáticos a través del juego, y a desarrollar habilidades de afrontamiento en donde a partir del modelado se pueden crear nuevas conductas adaptativas a través de juguetes, títeres y otros materiales (Esquivel, 2010).

Siguiendo con lo dicho, el juego, interfiere, además, en los procesos interpersonales y en la resolución de problemas y conflictos; en el primer proceso el niño infiere los estados emocionales de los personajes, permitiendo desarrollar conceptualizaciones cada vez más complejas de las percepciones y de los sentimientos. Estos procesos contribuyen al desarrollo de los esquemas interpersonales, representaciones de sí mismo, y comunicar ideas y emociones, así como la capacidad de empatía y habilidades comunicacionales. En el segundo proceso, el niño experimenta conflictos en situaciones y relaciones interpersonales, y la necesidad de buscar soluciones ejercitando estrategias de resolución de problemas, por medio del juego (Gomar, et al., 2010).

En este sentido, a través de las intervenciones de la TJCC, se le propicia al niño un encuadre, en el que, de acuerdo a los principios de la TCC, aprende la autorregulación y la

autogestión de comportamientos adecuados e interactúa con materiales de juego que realizan diálogos específicos, referentes a sus experiencias de vida (Gomar, et al., 2010).

De este modo el juego, ha sido un elemento muy importante dentro del desarrollo del niño y las nuevas cosas que aprende de su alrededor, por lo que si establecemos un buen ambiente que esté enriquecido de figuras simbólicas dentro del consultorio, podrá la TJCC ayudar al niño a comprender y a trabajar en sus comportamientos y pensamientos, y no solo eso, sino que también se logrará establecer una buena relación terapéutica entre el niño y el terapeuta, facilitando así el cumplimiento de los objetivos establecidos por la TCC.

Tomando en cuenta que la TJCC ha sido establecida con los fundamentos del enfoque cognitivo conductual, no solo es importante hablar de las limitaciones establecidas a través del juego, sino que se debe retomar una pieza clave dentro del tratamiento, dicha parte, tiene que ver con la relación establecida entre el niño y el terapeuta, además de la construcción de una buena intervención a partir de la teoría y las técnicas de la TCC. O' Connor, et al. (2017) plantean, algunos principios importantes, para cumplir con un proceso terapéutico eficaz y congruente con la teoría cognitiva.

Algunos de ellos son: la terapia es un esfuerzo de colaboración entre el terapeuta y el paciente, utiliza un enfoque de equipo para resolver los problemas, la terapia cognitiva conductual utiliza de un modo fundamental, el método socrático, se utilizan preguntas como guía, utilizándose con frecuencia para ayudar al niño a modificar el pensamiento adaptativo. La teoría y las técnicas se apoyan en el método inductivo, las creencias se consideran hipótesis, las cuales se pueden revisar con base en una nueva información para que el paciente ponga a prueba las hipótesis (O' Connor, et al. 2017).

Es por ello que su eficacia, puede relacionarse con seis atributos, esto, de acuerdo con O' Connor, et al. (2017) los cuales son: integra al niño al tratamiento por medio del juego, se

enfoca sobre los pensamientos, sentimientos, fantasías y ambiente del niño, proporciona una estrategia para el desarrollo de pensamientos y conductas más adaptativos, es estructurada, directiva y se orienta a la consecución de objetivos, incorpora técnicas demostradas de modo empírico y permite un análisis empírico del tratamiento.

Siguiendo estas premisas, Knell (2009) citado en Gomar, et al. (2010) destaca que el proceso terapéutico se organiza en diferentes fases:

Fase de introducción y orientación: Se realizan las primeras entrevistas de evaluación con los padres, y se los orienta acerca de la manera de preparar al niño para concurrir a terapia.

Fase diagnóstica. Se recolecta información de diversas fuentes para arribar el diagnóstico y a un plan de tratamiento.

Fase intermedia: Se desarrollan las intervenciones necesarias para favorecer la reducción de la sintomatología, así mismo apunta a incrementar el compromiso del niño y el desarrollo de respuestas adaptativas, orientadas a enfrentar las situaciones.

Fase de terminación. La familia y el niño son preparados para el fin de la terapia favoreciendo la autonomía y el trabajo con las emociones que suscita la terminación del proceso.

Por tanto, la TJCC ha incluido diferentes intervenciones y técnicas específicas, que como se sabe, han sido propias de la TCC, sin embargo, ha habido algunas adaptaciones que, de acuerdo con los principios del juego, se han seguido utilizando dentro del proceso terapéutico de la terapia de juego cognitivo conductual. Así mismo, gracias a estas intervenciones que dieron su base, han aparecido igualmente otras estrategias enfocadas principalmente al escenario de juego, que, si bien no cambian sus principios teóricos, si cambian la manera de integrarse en el tratamiento.

Algunas de estas técnicas son, la desensibilización sistemática, el reforzamiento positivo, el modelamiento, intervenciones cognitivas como el registro de pensamientos disfuncionales, cuestionamiento de creencias irracionales y el uso de autoafirmaciones de afrontamiento. También emplea el modelamiento de juego de roles y las contingencias conductuales utilizando muñecos de peluche y títeres (O' Connor, et al., 2017)

En la TJCC, el modelamiento se utiliza para demostrarle al niño métodos adaptativos de afrontamiento. Cuando se utiliza en la terapia, el modelado expone al niño ante alguien (con frecuencia un juguete o un títere) que muestra la conducta que el terapeuta quiere que el niño aprenda; por ello debido a la naturaleza de las capacidades cognitivas y verbales limitadas en el niño pequeño el modelamiento es un componente importante en la terapia de juego (Schaefer, 1994).

Dentro de dicha técnica, se encuentra una estrategia que se emplea para que el niño, adquiera un papel importante dentro de la terapia. Dicha planificación se llama, desempeño de roles, en ésta, el niño practica con el terapeuta sus habilidades y recibe retroalimentación con respecto al progreso. En este entrenamiento es posible suministrar el desempeño de roles a través de la técnica de modelamiento, de manera que, en realidad, son los modelos los que realizan la representación y el niño observa y aprende de estos cuando practican algunas habilidades en particular (Schaefer, 1994).

Schaefer (1994) menciona otra técnica que ha sido utilizada dentro de la TJCC, en la que se derivan algunas otras estrategias, que han sido funcionales dentro del tratamiento, ésta técnica es: el Manejo de contingencia, éste es un término general que describe técnicas que modifican la conducta al controlar sus consecuencias. Algunas de éstas, pueden utilizarse dentro del escenario de la terapia de juego como, las contingencias conductuales, el reforzamiento positivo, la extinción, tiempo fuera y todas las modalidades de manejo de contingencia.

Así mismo, siguiendo con las técnicas funcionales principalmente en el proceso cognitivo, se utilizan también, según Gomar, et al. (2010), las técnicas de reestructuración cognitiva y las técnicas de relajación, que, aunque son derivadas de la TCC son simplificadas en el juego, y utilizadas con gran eficacia.

En este sentido, el manejo de contingencias implica, reforzar o gratificar a los niños por la adquisición de nuevas habilidades, en donde se puede motivar y enseñar a que utilice autoafirmaciones de afrontamiento, utilizando contingencias conductuales y ayudarles a los padres a que planeen contingencias en el hogar. En esta misma es utilizado el reforzamiento positivo, que con frecuencia implica reforzadores sociales, por ejemplo, elogios, o bien reforzamientos materiales, etiquetas o adheribles, que se utilizan de manera sutil para animar al niño a analizar ciertos temas y a realizar ciertas conductas (Schaefer, 1994).

Finalmente, Gomar, et al. (2010) y Schaefer (1994) hablan de otras técnicas muy bien utilizadas dentro de la TJCC, que, si bien son poco mencionadas, son óptimas dentro del tratamiento. Programación de la actividad, en donde se planean tareas que el paciente llevará a la práctica aumentando la probabilidad de que el niño participe en ellas. Registro de pensamientos disfuncionales, ayudando a verificar sus pensamientos, tanto de manera escrita como oral, motivando a los niños a reconsiderar sus expresiones respecto a sus afirmaciones disfuncionales. Biblioterapia, enseñando conceptos de manera específica y proponer métodos para utilizarlos en su día a día.

En conjunto con otras más que son: técnicas de exposición, transformando el afrontamiento gradual de aquello que los niños temen, en actividades como desafíos o juegos con características deportivas o competitivas, asignación de actividades placenteras, motivando la realización de tareas activantes y auto reforzantes particularmente en los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo, esta actividad ayuda a identificar los momentos de inactividad

como aquellos en los que las preocupaciones y la tristeza les causan malestar y dibujo libre y focalizado, que ayuda a establecer un vínculo e indagar acerca de los intereses, inquietudes y estilo cultural del paciente, es importante alternar estratégicamente su uso con el de otros componentes (Gomar, et al., 2010; Schaefer, 1994).

Justificación

Actualmente en México, la ansiedad es un tema conocido por muchas personas, sin embargo, esto no confirma que se tenga la suficiente preparación para poder identificar, cuando alguna de ellas la presenta. Si bien el tema de la ansiedad ha sonado bastante entre la población, ésta ha sido entendida muchas veces de manera errónea, ya que ha dado lugar a malos entendidos y a confusiones con otros trastornos.

Han existido innumerables escritos y artículos que han intentado orientar a los individuos que creen estar presentando algún síntoma, o que piensan tener el trastorno propiamente dicho, lo que ha frenado que las personas se inclinen por tomar un tratamiento que ayude a su sintomatología y que se decidan más, por intentar sobrellevar su estado.

Y no solo eso, con el aumento de las plataformas digitales, se han sumado textos que incluyen información sobre cómo identificar y diferenciar las características de la ansiedad, sin embargo no suelen ser lo suficientemente claros o específicos, dificultando tener información verídica y certera, es por ésta razón que se ha llegado en cierta forma, a normalizar el estado ansioso de una persona y ha incrementado las confusiones sin comprender, que con el manejo de tantas páginas web, sitios electrónicos, videos y redes sociales, no es necesario solo el interés y el conocimiento, sino igualmente, la intervención en su salud mental de manera profesional.

Al respecto, es importante mencionar, que estas herramientas tecnológicas pueden ser además, una fuerte razón por la que la ansiedad ha permanecido e incluso incrementado, ya que

con el uso de las redes sociales, ha aumentado el interés por la aceptación social, es decir, el ser incluido por los demás en grupos sociales, trayendo consigo consecuencias como el aislamiento, desinterés por actividades cotidianas, estrés, e incluso influir en la aparición de trastornos como la depresión, en los niños, bajo rendimiento escolar, trastornos de conducta y bajos niveles de control emocional.

Aunado a ello la falta de control con respecto a los aparatos electrónicos, los niños han incrementado los niveles de aislamiento y comprensión de la vida social, dejando de lado hábitos de la vida cotidiana, eliminando la comunicación entre sus pares y con sus padres, aumentando la ansiedad debido al mínimo control de sus emociones y adentrándose en un mundo virtual que puede mostrar un estilo de vida carente de habilidades para la vida y de afrontamiento.

Por eso, a pesar de existir en internet muchos textos sobre los trastornos de ansiedad, la sintomatología es un tema del que casi no se habla, y más aun tratándose de niños, pues, aunque se tienen los datos básicos, se ha ignorado por mucho, su edad de inicio y, sobre todo, las consecuencias a mediano y largo plazo en edades adultas.

La ansiedad con frecuencia, tiene su primera aparición durante la infancia, pero al ser una conducta internalizada, el diagnóstico ha sido un tanto difícil, sobre todo, cuando los padres se niegan a las posibilidades de que su hijo, pueda tener síntomas de ansiedad. Es así, que muy pocas personas en realidad, conocen que el trastorno ansioso es algo que se viene arrastrando desde la niñez, ocasionando que la mayoría, se niegue a aceptar o a contemplar la idea de que su hijo o hija, puede estar presentando algunos de sus síntomas.

Por otro lado, cuando una persona comienza a notar que tiene síntomas ansiosos, suele ser en su adultez, por lo que puede llegar a pensar que las situaciones que tiene en el presente le han desencadenado este malestar, sin embargo, no toma en cuenta que probablemente, ya

desde niño había tenido fuertes estados de ansiedad sin haberse percatado de ello. Es por eso, que muy pocas personas han identificado sus síntomas con claridad, en este periodo de su vida.

Y si bien, es un tanto complicado que una persona adulta se acerque a un profesional de la salud mental, porque piensa que debe y puede sobrellevarlo, pensar en que se lleve a un niño a terapia por tener sintomatología ansiosa, se vuelve totalmente incierto y muy poco probable.

Aunque a lo largo del tiempo han existido estudios con tratamientos eficaces para la sintomatología ansiosa, existen pocos donde se han realizado intervenciones que prueben su eficacia. Si bien existen estudios que indican prevalencia, los datos de las investigaciones, no se han puesto en evidencia con tanta frecuencia. Es decir, a pesar de que existe información en cuanto a la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la infancia, la evidencia empírica en México, es escasa.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) señalan que los tres trastornos mentales más frecuentes en la población mexicana en niños y que han sido padecidos alguna vez en la vida, fueron los de ansiedad (14.3%). Sin embargo, a pesar del gran impacto que generan en la salud pública estos resultados, estos trastornos suelen no ser diagnosticados y tratados en su totalidad. Afortunadamente, cada vez hay más propuestas clínicas y educativas enfocadas al trabajo con las emociones de los niños (Valderrama, 2016).

Así mismo, si hablamos de la edad de aparición de los trastornos de ansiedad, vamos a encontrar que, en promedio, surge entre las edades de 7 y 9 años, aunque, puede iniciarse antes o después, es decir, en el periodo preescolar o incluso después de los 10 años. De esta manera, según lo dicho por el DSM V el trastorno de ansiedad por separación, tiene una edad de aparición antes de los 18 años, no frecuente en el período adolescente; para la fobia específica

generalmente podemos encontrar que se desarrolla en la primera infancia, la mayoría de las veces antes de los 10 años, es decir, entre los 7 y los 11 años de edad (APA, 2014).

Ahora bien, el trastorno de ansiedad social, lo encontramos alrededor de los 8 y 15 años de edad, mientras que el trastorno obsesivo compulsivo aparece alrededor de los 14 y los 19 años; en este sentido, siendo que el inicio del trastorno de ansiedad generalizada es usualmente después de los 18 años, existe evidencia de apariciones en edades más tempranas (APA, 2014).

Por ello es importante mencionar, que no se trata únicamente de saber cuáles son los síntomas, sino más bien de conocer a los niños, conocer su comportamiento en la vida diaria, saber que tal vez uno de sus miedos, o preocupaciones, puede ser no solo algo pasajero. Es importante advertir, cuando un pequeño está presentando acciones desproporcionadas, sensaciones y emociones distintas a las que naturalmente un niño respondería; puesto que, si no se presta la atención necesaria y se toman medidas al respecto, las consecuencias pueden ir más allá, y comenzar a dañar el funcionamiento normativo de cada niño, en la escuela, en su desarrollo, en sus relaciones interpersonales e incluso en su aprendizaje.

Entonces, si se tiene en cuenta que la dimensión emocional es fundamental dentro del desarrollo infantil, se pone en evidencia la necesidad de profundizar acerca de los diversos problemas psicológicos que se pueden presentar a lo largo de la infancia, ya que éstos tienen un efecto importante sobre el desarrollo cognitivo, social y afectivo de los niños. Asimismo, son relevantes las consecuencias que se reflejan en etapas posteriores como la adolescencia y la adultez, cuando estos problemas no son atendidos oportunamente.

Por tanto, es importante estudiar la ansiedad infantil debido a que su alta prevalencia ha ido en aumento durante ya varios años y ha permanecido por mucho. En este sentido, podemos preguntarnos ¿Por qué es importante hablar de ansiedad infantil?, la respuesta es sencilla, en primer lugar, la ansiedad infantil dicha como trastorno, ha sido el que más prevalencia ha tenido

en niños y el que menos se ha tratado, en segundo lugar, por la alta repercusión que tiene en el aspecto emocional, social y académico, y, en tercer lugar, por la evolución que puede tener cuando no es tratada a tiempo, además de que un gran número de problemas como el consumo de sustancias, pueden estar directamente asociadas con ansiedad.

Justificación Teórica

El estudio de los problemas de salud mental en la población infantil en México, tienen su inicio aproximadamente hace 25 años, cuando en 1995, un estudio de la población en la Ciudad de México, mostró resultados importantes con respecto a los trastornos de ansiedad, ya que se encontraron antecedentes con un incremento significativo en relación a su sintomatología (Caraveo, 1995, citados en Caraveo y Martínez, 2019).

Surgió además un análisis realizado por la OMS en 1996, que confirma el diagnóstico situacional en salud mental, sobre todo en población infantil, ya que se reportaron cifras con un 15% de prevalencia en trastornos psiquiátricos en niños (OMS plan de acción sobre salud mental, 2013-2020). De esta manera en México se llegó a reportar que los trastornos de ansiedad, fueron, los trastornos psiquiátricos más frecuentes y que permanecen aún, en el transcurso de nuestra vida, 14.3% (Martínez y Nelson, 2011).

Con los resultados del estudio realizado en 1995 en la Ciudad de México, se mostró que los trastornos de ansiedad, han sido frecuentes y persistentes durante la infancia; que se ha llegado a mostrar un deterioro importante dentro de su desempeño funcional y evolutivo; y, que a menudo, suelen incrementar sus síntomas y continuar por un largo periodo de la vida sin ser diagnosticados (Caraveo y Martínez, 2019).

Es por ello, que, si consideramos los datos de dichas fechas y los trasladamos al día de hoy, podemos no solo comparar las cifras, sino que se puede visualizar, que han ido en aumento

los trastornos de ansiedad y los descubrimientos psiquiátricos, en un periodo largo de tiempo, pero con un porcentaje de prevalencia aún mayor. De esta manera, podemos decir que la ansiedad ha sido no solo en su sintomatología sino también en su patología, una situación importante en la población a lo largo de la vida y a partir de la niñez.

Para entender mejor el concepto de ansiedad patológica, es importante recurrir a la descripción psiquiátrica. Por lo tanto, los trastornos de ansiedad pueden definirse como una de las formas más estables de psicopatología que provocan ciertos desórdenes manifiestos en estados de inquietud irracional, miedo agudo o pánico. Siendo también manifestaciones psicopatológicas, que de acuerdo con Fernández, Jiménez, Sabina y Cruz (2012) se asocian a niveles de incapacidad y poca remisión clínica, es decir:

“existe una disfuncionalidad que tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo, con el agravante de que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de ellos, los puede hacer tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad física crónica” (p. 467).

Por esta razón, si entendemos la ansiedad no solo con su sintomatología sino también con su caracterización patológica, será posible clarificar su distinción propia, como una patología o bien como un trastorno psiquiátrico.

Pero, ¿cómo sucede esto? Bueno, si la ansiedad y los miedos persisten y permanecen interfiriendo constantemente en la vida cotidiana de forma desproporcionada y demasiado prolongada, constituye una ansiedad patológica o anormal, en palabras de Fernández et al. (2012).

“Cierta grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual “(p. 467).

Dejamos claro entonces, que, si bien se diagnostica el trastorno una vez que se ha “descubierto” esta disfuncionalidad, no siempre existe un tratamiento profesional debido a la poca remisión clínica, provocando, que su período latente incrementa, siendo casi imposible el diagnóstico oportuno (en la niñez) y en consecuencia aumentando la prevalencia por mucho más tiempo y con un porcentaje superior.

Como es sabido, en la actualidad, los trastornos de ansiedad en nuestro país están en aumento al igual que en el resto del mundo, su prevalencia podría representar un problema de salud significativo; se estima, que en la población infantil de México más de 33 millones de niños presenta un trastorno de salud mental, lo que quiere decir, que aproximadamente un 15% o un equivalente a cinco millones de niños presentan trastornos mentales (OMS, 2013).

Por otro lado, se sabe que, en el año 2017, al menos el 14.3 % de la población mexicana presentaba algún trastorno de ansiedad (López, 2017), y que además de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental, realizada en el año 2018, la cifra de los trastornos emocionales como ansiedad y fobias, aumentó a un 18%; lo que quiere decir que al menos un 2.5% de la población requiere en este sentido de ayuda especializada en alguno de estos trastornos mentales.

De igual manera, se ha detectado que, en las últimas décadas, la ansiedad y los trastornos emocionales en general, también han estado presentes de manera significativa en niños y adolescentes, en 2017, se calculaba que la incidencia aproximada era del 8 al 15 % en trastornos de ansiedad (López, 2017). Pero, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Psiquiatría

realizada en el 2018 aumentó a 24.7% en donde se encuentran afectados principalmente adolescentes, y en el cual al menos el 8% son niños (Secretaría de Salud, 2013).

Además, es importante mencionar, que de acuerdo a los estudios realizados por James (2005) citado en Ballesteros y Sarmiento (2013) se ha demostrado que los trastornos de ansiedad en niños, ocurren entre el 5 y 18% de la población, dentro de los cuales, se han asociado no sólo trastornos depresivos; sino también, intento de suicidio y abuso de sustancias en la edad adulta.

De acuerdo con la literatura, se ha demostrado la importancia de poder intervenir en los trastornos de ansiedad en la niñez, principalmente porque la prevalencia ha ido en aumento y porque es en demasía, el desconocimiento de las primeras manifestaciones. Ello sin olvidar, que las consecuencias a corto y largo plazo, son una pieza clave dentro de la necesidad de tratar de manera oportuna estos trastornos. Tanto las manifestaciones cognitivas, como las fisiológicas y conductuales son importantes para determinar si el funcionamiento del niño está siendo afectado.

En este sentido, se puede decir que la ansiedad en los niños, afecta principalmente a los procesos del pensamiento y del aprendizaje, ya que tiende a producir confusión y distorsiones en la percepción, no sólo en cuanto al tiempo y al espacio, sino respecto a la gente y al sentido de los diferentes sucesos. Además, de que estas distorsiones pueden interferir con el aprendizaje, en la concentración, la memoria y la capacidad de hacer asociaciones (Virgen, Lara, Morales y Villaseñor, 2005).

De esta manera, Jadue (2001) considera que altos niveles de ansiedad, pueden reducir en el niño, su eficiencia en el aprendizaje y en otros procesos cognitivos, ya que disminuyen la atención, la concentración y la retención, además de que suelen tener una extraordinaria tendencia a preocuparse excesivamente por su rendimiento escolar, exteriorizando intranquilidad, trastornos del sueño, dolores de estómago, alteraciones conductuales, etc. Como lo menciona Jadue (2001), estos niños:

“... sienten temor de no gustarle a los demás, sufren la sensación de que sus compañeros se ríen de ellos y se muestran aprensivos frente a actividades que otros alumnos realizan. Muestran un estado ansioso intenso que provoca, que el niño se altere fácilmente por experiencias de la vida cotidiana y a que demuestre un comportamiento y un rendimiento escolar distintos al resto de sus compañeros. Exhiben desasosiego y un miedo exagerado y constante a actuar de una manera vergonzante o sorprendente en situaciones o actividades donde se reúnen varias personas” (p. 113).

Por tanto, si el niño no cuenta con las habilidades necesarias para aprender a manejar su ansiedad, puede verse afectado negativamente y puede presentar problemas en la adolescencia e interferir, por ejemplo, en las relaciones interpersonales, hasta el punto de que puede verse arrastrado hacia el consumo abusivo de alcohol u otras drogas, entre otros riesgos como el suicidio (González y Martínez-Otero, 2014).

En suma, debido a que el comienzo de este trastorno es a temprana edad, se pone a las personas en riesgo en una gran variedad de problemas posteriores, ya que existe evidencia de que presentar problemas de ansiedad en la infancia es un factor de riesgo para el padecimiento de otros problemas en la edad adulta. Así, cuando se han tenido síntomas de ansiedad en la infancia, es probable que, en la adultez, también se padezca el mismo problema u otro diferente y que, además, aparezcan otros trastornos, como los depresivos (Weissman y cols. 1999, citado en González y Martínez-Otero, 2014).

Justificación Empírica

Puesto que los trastornos de ansiedad son alteraciones que repercuten de forma considerable en la vida del niño y en su entorno, surge la necesidad de intervenir a edades

tempranas. Actualmente, se ha demostrado, que la terapia cognitivo conductual puede ser una alternativa importante para el tratamiento de los síntomas ansiosos, ya que, en las revisiones más recientes, ha demostrado su eficacia en el tratamiento de múltiples trastornos de ansiedad.

Las intervenciones cognitivo conductuales en niños, tienen su inicio más o menos en el año de 1994 cuando Kendall, elaboró un programa de terapia cognitivo conductual con niños que tenían diferentes trastornos de ansiedad. Kendall, sentó las bases del tratamiento cognitivo conductual, iniciando propuestas de intervenciones cortas y adaptadas de acuerdo a las técnicas utilizadas con los adultos. Construyó un programa que pretendía, en 17 sesiones lograr que el niño, reconociera los síntomas de ansiedad, las reacciones somáticas, que pudiera modificar los pensamientos ansiosos, que desarrollara un plan de afrontamiento y que pudiera evaluar el cumplimiento de autor refuerzo (Orgilés, Méndez, Inglés y Cándido, 2003).

Más adelante, debido a que se realizaron modificaciones, se adaptó el programa a únicamente 12 sesiones, en las que se pretendía, entrenar al niño en el manejo de la ansiedad y practicar las habilidades de afrontamiento aprendidas (Orgilés, et al. 2003).

Con ello, Kendall, introdujo procedimientos, con el uso de técnicas como la reestructuración cognitiva, auto instrucciones de afrontamiento, exposición y administración de auto refuerzo, logrando ser, la pieza clave para el surgimiento de posteriores propuestas eficaces, dentro del tratamiento cognitivo conductual en niños (Orgilés, et al. 2003).

Así, más adelante, Kendall replicó sus investigaciones en las siguientes intervenciones, obteniendo resultados similares en cada uno de ellos. Demostró que el uso de su programa, podía servir para nuevos tratamientos, tanto para trastornos de ansiedad, depresión, de conducta, como para problemáticas como violencia, estrés, etc. Además, demostró, que, aun siendo adaptados a diferentes poblaciones, edades e incluso combinarse otros tratamientos, podrían obtenerse resultados positivos.

En este orden, podemos decir, que la evidencia empírica y experimental pone de manifiesto que dentro de la terapia cognitivo conductual su eficiencia en el tratamiento, se destaca principalmente en el uso de técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento de habilidades sociales y la exposición en vivo, ya que la aplicación combinada de estas técnicas se puede extender y dar buenos resultados en diversos niños. En este sentido, la literatura de investigación, indica que, los tratamientos cognitivo conductuales son eficaces, aún sin importar que el número de sesiones sea reducido, ya que esta terapia es reconocida, especialmente porque sus efectos son rápidos y duraderos (Barrett, Duffy, Dadds y Rapee, 2001, citados en Gil-Bernal y Hernández-Guzmán, 2009).

En un estudio realizado por Gutiérrez, Gutiérrez, Méndez y Riveros (2018) se evaluó el efecto de la terapia cognitivo conductual, en un grupo de niños con trastornos de ansiedad de entre 8 y 11 años de edad, en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México. La intervención estuvo bajo un diseño de tres fases, evaluación, tratamiento cognitivo conductual y seguimiento, fue aplicado un pre test al inicio y un post test al término, además fueron evaluados mediante los instrumentos, CMASR-2 y SCAS estandarizados para la CDMX. Los resultados indicaron que el tratamiento cognitivo conductual generó una disminución de las creencias distorsionadas que los niños tenían respecto a los estímulos ansiosos, así como de la sintomatología fisiológica asociada a los eventos. Así mismo, se disminuyeron las puntuaciones obtenidas a lo largo de las mediciones realizadas y el cambio resultó estadísticamente significativo.

En otra investigación hecha por Santacruz, et al. (2002) se demostró que el tratamiento cognitivo conductual combinado con intervenciones familiares, puede ser bastante eficaz en el tratamiento de la ansiedad infantil. Su estudio se basó en la participación de 743 niños y adolescentes entre 5 y 17 años, aplicando un tratamiento de 10 semanas, un post test y un seguimiento de 10 meses. En el tratamiento se introdujo siempre la terapia cognitivo conductual sola o en combinación con otra intervención. Los resultados se mostraron muy eficaces

especialmente con el uso del manejo de contingencias, la relajación, exposición y auto instrucciones.

Así, el inicio de los tratamientos cognitivos conductuales, fueron pieza clave para posteriores autores, ya que a pesar de ser escasos los estudios publicados con el uso de este tipo de intervenciones, fueron realizándose cada vez más, no sólo en trastornos de ansiedad, sino también en trastornos depresivos, trastornos de conducta, etc. Kendall, no fue el único que se interesó en demostrar la eficacia de su programa, hubo otros más, que crearon y probaron lo pertinente del uso de terapia cognitivo conductual en niños y no simplemente en dicho enfoque, sino que, aumentando, algunos otros como la terapia de juego.

Aguilar y Espada del Valle (2005) citados en Camili y Rodríguez (2008) proponen que el juego utilizado en la terapia cognitivo conductual, es un recurso valioso y prometedor, ya que señalan que puede abordarse en lo terapéutico, de una manera beneficiosa si se concibe como un tipo de relación interpersonal. Es decir, si se aborda como un medio que permite romper la resistencia y convirtiéndolo en un recurso que brinda la posibilidad de enseñarle al niño, cómo comportarse en diferentes situaciones.

En este sentido, la terapia de juego cognitivo conductual es un modelo de psicoterapia que se basa principalmente en el desarrollo del niño, ya que facilita la identificación de los pensamientos ante la sintomatología que presenta, tratando de modificar las ideas o pensamientos que manifiesta y motivando a expresar y encontrar la solución por sí mismo.

De esta manera, se puede decir que la terapia de juego con enfoque cognitivo conductual, ha demostrado ser eficiente en el tratamiento de la ansiedad infantil, ya que enfatiza y motiva la participación del niño en el tratamiento, buscando modificar patrones de pensamiento que contribuyen a los problemas conductuales, en donde el terapeuta trata de identificar los factores

que refuerzan y mantienen los comportamientos inapropiados para poder modificarlos (Esquivel, 2012, citado en Urgiles, 2015).

Actualmente en México, los estudios empíricos sobre el uso de la terapia cognitivo conductual son escasas, por lo que realizar una actualización ayudaría mucho en su uso y aplicación en diferentes trastornos de ansiedad. La terapia de juego cognitivo conductual ha tenido fundamentos importantes que han demostrado su eficacia en el tratamiento de la sintomatología ansiosa en niños, además de que han sido importantes en intervenciones con otras problemáticas como maltrato y abuso sexual.

Uno de los estudios más significativos de acuerdo con Esquivel (2010) fue el que realizó Knell y Moore en 1990, con un niño de cinco años de edad, que padecía encopresis, demostrando que la terapia de juego puede ser eficaz para múltiples casos, siempre y cuando se utilizaran técnicas de juego accesibles y entendibles para los pequeños. Otra de las intervenciones bien documentadas ha sido la realizada por Wolpe, que, al utilizar terapia de juego cognitivo conductual en conjunto con desensibilización sistemática, fue utilizada para el tratamiento de la ansiedad, fobias y niños que han experimentado sucesos de la vida traumáticos, como el divorcio de sus padres, abuso sexual y maltrato (Schaefer, 2012).

Así, la terapia de juego cognitivo conductual, se ha usado con éxito en diferentes poblaciones de niños, incluyendo diagnósticos como mutismo selectivo, encopresis, ansiedad por separación y fobias; también se ha utilizado en niños que han experimentado eventos como el divorcio o abuso sexual. Así mismo, aquellos niños con problemas de control, ansiosos, deprimidos, y niños que han estado en situaciones de maltrato. Además, la terapia de juego puede ser útil para niños que necesitan aprender habilidades de afrontamiento más adaptativas (Schaefer, 2012).

Finalmente, Pearson en 2007, llevó a cabo un estudio en donde encontró, que el uso de la terapia de juego cognitivo conductual ayudó en la disminución de los síntomas de ansiedad y retraimiento en el grupo de intervención de niños preescolares, y comparó los resultados con otro grupo similar, en el que no se aplicó juego, demostrando que el incremento de esperanza, tras el uso de la terapia de juego cognitivo conductual, fue significativo. Éste estudio, si bien no fue el primero, brinda apoyo empírico a las intervenciones con este tipo de terapia, sin embargo, se necesitan más investigaciones semejantes para establecer la eficacia de este tipo de intervenciones (Schaefer, 2012).

Pregunta de Investigación

¿El plan de intervención diseñado con base en la Terapia de juego cognitivo conductual es eficaz en la disminución de la sintomatología ansiosa en una menor de siete años de edad?

Objetivo General

Diseñar e implementar un plan de intervención con base en la Terapia de juego cognitivo conductual para el tratamiento de la sintomatología ansiosa en una menor de siete años de edad.

Objetivos Específicos

1. Diseñar un plan de intervención con base en la Terapia de juego cognitivo conductual para el tratamiento de la sintomatología ansiosa infantil.
2. Implementar un plan de intervención con base en la Terapia de juego cognitivo conductual para el tratamiento de la sintomatología ansiosa infantil.
3. Demostrar la eficacia del plan de intervención diseñado con base en la Terapia de juego cognitivo conductual para el tratamiento de la sintomatología ansiosa infantil.

Hipótesis

Con la aplicación del plan de intervención con base en la Terapia de juego cognitivo conductual, se verán significativamente disminuidos los síntomas de ansiedad que presenta una menor de siete años de edad.

Definición Conceptual y Operacional de las Variables

Variables independientes

Terapia de juego cognitivo conductual.

Definición conceptual: Es un modelo de tratamiento que incorpora intervenciones cognitivas y conductuales dentro de un modelo de terapia de juego. Es un proceso de colaboración entre el niño y el terapeuta, que pone énfasis en la integración y participación activa del niño dentro del tratamiento. Se basa en el modelo cognitivo de los trastornos emocionales, siendo breve, estructurada, directiva, y orientada hacia los problemas. Es un proceso adecuado en cuanto a los procesos del desarrollo del niño, y depende de una sólida relación terapéutica (Knell, 2012).

Definición operacional: Actividades lúdicas enfocadas en la modificación de la sintomatología ansiosa, utilizando técnicas cognitivas y conductuales como el modelamiento, reestructuración cognitiva, etc. Juegos con títeres, juegos de mesa, dibujos, juegos con plastilina, rompecabezas, libros de cuentos, etc.

Variables Atributivas

Sexo: Mujer

Edad: 7 años

Variables Activas

Número de sesiones: 12

Duración de las sesiones: 1 hora 15 minutos.

Variables Dependientes

Sintomatología.

Definición conceptual: Conjunto de síntomas de una enfermedad (Real Academia Española, 2014).

Definición operacional: Toda manifestación conductual, fisiológica y cognitiva ante un estímulo provocador de ansiedad.

Síntomas ansiosos.

Definición conceptual: Manifestaciones conductuales, fisiológicas y cognitivas ante una situación ansiosa, tales como temores difusos, inseguridad, preocupaciones excesivas, anticipación del peligro, interpretaciones amenazantes de las situaciones del entorno, hipervigilancia ante estímulos que puedan representar amenazas potenciales; un dominio conductual con presencia de inquietud, tendencia al llanto y conductas de evitación de objetos o situaciones que provocan miedo o ansiedad, así como una exageración de la respuesta de alarma (Díez, 2000, citado en Esparza y Rodríguez, 2009). Rigidez de pensamiento, dificultades para dormir (Silver, 1988, citado en Jalenques, et al., 1994). Respuestas cardiovasculares, espasmos, incremento en la tasa respiratoria, sensaciones de ahogo, pensamientos y percepciones de amenaza, evaluaciones negativas y preocupaciones (Caballo y Simón, 2013).

Definición operacional: Llanto, dolor de estómago, no quiere ir a la escuela, temor a la oscuridad, problemas de sueño, inquietud, vómito, palpitaciones exageradas, pensamientos de que algo malo va a suceder, temor para hablar en público.

Ansiedad.

Definición conceptual: Respuesta anticipatoria a una amenaza futura (APA, 2014). Anticipación a una amenaza futura que surge de la percepción de estímulos generales potencialmente dañinos, evocando un estado de inquietud, preocupación e hipervigilancia. Mecanismo de respuesta fisiológica y conductual generada para evitar un daño. Conducta adaptativa, que promueve la supervivencia induciendo al individuo a mantenerse alejado de situaciones y lugares con un peligro potencial (Marcías-Carballo, Pérez-Estudillo, López-Meraz, Beltrán-Parrazal y Morgado-Valle 2019).

Definición operacional: Respuesta adaptativa que provoca en el niño sensaciones y/o malestares fisiológicos, pensamientos disfuncionales y conductas evitativas ante el estímulo provocador de ansiedad.

Método

Tipo de Estudio

Campo. Los experimentos de campo son estudios efectuados en una situación “realista” en la que el investigador manipula una o más variables independientes en condiciones tan cuidadosamente controladas como lo permite la situación (Gerber y Green, 2012; Smith, 2004 y Kerlinger y Lee, 2002; citados en Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Tipo de Investigación

Explicativo. Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos; es decir, están dirigidos a responder por las causas de los eventos y fenómenos físicos o sociales. Como su nombre lo indica, su interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se manifiesta o por qué se relacionan dos o más variables. Las investigaciones explicativas son más estructuradas que los estudios con los demás alcances y, de hecho, implican los propósitos de éstos (exploración, descripción y correlación o asociación); además de que proporcionan un sentido de entendimiento del fenómeno a que hacen referencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

Tipo de Diseño

Diseño Experimental. Estudio de caso experimental.

Estudios de intervención, en los que un investigador genera una situación para tratar de explicar cómo afecta a quienes participan en ella. Se manipulan tratamientos, estímulos, influencias o intervenciones (denominadas variables independientes) para observar sus efectos sobre otras variables (las dependientes) en una situación de control (Hernández, et al., 2014).

Participantes

Se trabajó con una niña de 7 años, escolarizada, que vive en Santiago Tianguistenco, Estado de México, y que además presenta algunos de los síntomas fisiológicos, conductuales y cognitivos de ansiedad como: sudores, temblores, mareos, tensión muscular, dolor de estómago, taquicardia e hipervigilancia; conductas de evitación y/o escape (deberes de la escuela, problemas de salud o familiares, y problemas con sus iguales), comportarse de manera

compulsiva e hipervigilante y resistencia a estar solo; pensamientos de predicciones y/o expectativas catastróficas o de fracasos.

Así mismo se trabajó con los padres de familia a quienes se les aplicó la prueba K-SADS, y a quienes se les preguntó sobre las situaciones generadoras de ansiedad, sobre los síntomas que presenta la niña, y formas de afrontamiento propias y de su hija.

Escenario

Se llevó a cabo dentro del fraccionamiento “El buen suceso” ubicado en Santiago Tianguistenco, Estado de México. En el otoño del año 2020, en un área de jardín con medidas aproximadas de 5x4 mts, el cual contó con tres sillas, una mesa redonda, un tapete multicolor de espuma EVA, una mesa pequeña y dos sillas para niños, juguetes diversos como títeres, peluches, acuarelas, pegamento, hojas blancas y de color, y crayolas o colores de madera. El área contó con la ventilación e iluminación adecuada a lo largo del tratamiento.

Materiales

Muñecos de peluche

Títeres

Hojas blancas

Hojas de color

Colores de madera

Crayolas

Lápices

Plumas

Plumones

Tijeras

Pegamento

Globos

Máscaras con anteojos de juguete

Post its o papel autoadhesivo

Libretas

Revistas

Recortes de personajes animados

Stickers

Material audiovisual

Cuentos

Libros

Hoja con ilustraciones de “monstruos” (del libro “el monstruo de colores”).

Hoja de un cubo armable con las imágenes de las emociones principales (de la película “intensa mente”).

Papel craft

Acuarelas

Pinceles

Hoja con imágenes impresas del gato “Tom” (de la caricatura “Tom y Jerry”).

Cajitas pequeñas

Abate lenguas

Una caja decorada como “cofre del tesoro”

Dibujo de una pista de carreras con estaciones (las sesiones del tratamiento).

Libros

Películas

Bocina pequeña

Mochila

Cuaderno de actividades “El gato valiente” (Kendall y Kosovsky, 2010).

Libro “Terapia cognitiva con niños y adolescentes, aportes técnicos” (Bunge, et. al. 2009)

Instrumentos

Carta de Consentimiento informado. Es un documento que explicita, de manera general, en qué consiste la investigación, la fase de intervención, y la obtención de resultados, además de explicar, que la información que se obtenga y sea proporcionada, será utilizada únicamente para fines del estudio en donde se utilizará un seudónimo para fines de confidencialidad. Dicho

documento deberá estar fechado y firmado por ambos padres, del (la) participante, o bien por uno de ellos. Anexo 1.

Se utilizó la “Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada” CMAS-R-2 (Reynolds y Richmond, 2012). Es una medida extendida que se utiliza para la evaluación de la sintomatología ansiosa de los niños. Es un inventario de 37 ítems con respuestas de “sí” y “no”, que proporciona una puntuación de ansiedad general; cuatro puntuaciones fisiológicas, preocupaciones, evaluaciones sociales, y problemas de concentración. Las puntuaciones pueden presentarse de forma de puntuaciones directas, rangos porcentuales y puntuaciones estandarizadas, para niños de 6 a 19 años.

Se aplicó la prueba K-SADS-PL que consiste en: 1) una entrevista introductoria no estructurada; 2) una entrevista diagnóstica de tamizaje; 3) el listado de suplementos (que se seleccionan y aplican sólo cuando se cumplen los criterios del DSM IV para algún trastorno); 4) el resumen del listado diagnóstico a lo largo de la vida; y 5) la escala de evaluación global en el caso de los niños. Con el K-SADS-PL se entrevista a cualquiera de los padres, al niño o adolescente, para obtener posteriormente una calificación sumaria (Ricardo-Garcell y cols. 2004).

Entrada al Campo

Para esta investigación, fue necesaria la elaboración de una infografía referente a la ansiedad infantil, con el objetivo de brindar información sobre dicho tema, así como también invitar al lector a conocer más sobre las características y síntomas principales, además para informar sobre el proyecto de titulación y la búsqueda de algún niño o niña participante en la investigación. Anexo 2.

Con la realización de dicha infografía, fue posible la comunicación con algunas personas interesadas en el proyecto y en el tratamiento de los síntomas de su hijo o hija, o bien de algún conocido que quisiera ser participante. Se colocaron 3 infografías en total, en diferentes puntos. En el Hospital Español ubicado en la CDMX y 2 más dentro del Fraccionamiento el Buen Suceso, en el Estado de México. Con ello, se comunicaron tres personas en total, y solamente una de ellas concretó la cita para comenzar con el proyecto.

Procedimiento

El plan de intervención se construyó con actividades que permitieron trabajar con la sintomatología ansiosa de la participante, se diseñaron actividades y juegos, acorde a su desarrollo, gustos y preferencias, además de que se incluyeron a manera de refuerzo algunas de las actividades del cuaderno de actividades “El Gato valiente” Kendall y Kosovsky (2010) y del libro “Terapia cognitiva con niños y adolescentes, aportes técnicos” (Bunge, et. al., 2009) sin embargo, dichas actividades no se realizaron de manera idéntica ya que se modificaron de acuerdo a las necesidades de la niña. Se realizaron actividades con las que la niña se sintió cómoda y permitieron su participación.

Cada presentación fue modificada en función del nivel de desarrollo de la participante, de acuerdo a su lenguaje o habilidades cognitivas, fue simplificado y se enseñaron los procedimientos con ejemplos, juegos y práctica.

Al final de cada sesión se escribió en un cuadro de papel, algo que la niña aprendió durante la sesión y la depositó en un “cofre del tesoro”, así cuando finalizó el tratamiento estos papelitos fueron abiertos recordando todo lo que aprendió a lo largo de la intervención. Así mismo se dejó una actividad para la casa, que sirvió como refuerzo y práctica tanto para ella, como para los padres.

Para referirnos a la participante dentro del plan de intervención, se utilizará el nombre de “Meli”, el cual fue asignado por sus padres.

Sesión 1: ¡Bienvenido a jugar!

Propósito: Conocerse, establecer confianza y crear comunicación entre ambos, además de hablar sobre el fundamento general del tratamiento y recolectar información acerca de situaciones que generan ansiedad en “Meli” así como sus reacciones, signos y sentimientos de ansiedad.

Actividades.

1. Yo soy...

Objetivo: Conocerse, establecer confianza y crear comunicación entre ambos

Esta primera sesión se centró principalmente en construir una relación terapéutica de confianza, ya que como se pretendía, fue beneficioso y aseguró en gran medida el éxito del tratamiento. Se realizaron juegos para la recolección de datos personales, así como para explicar el tratamiento.

En esta actividad, fue necesario contar con hojas blancas, en las cuales la participante, escribió su nombre, su edad, y un dibujo de algo que le gusta mucho, además de un dibujo con su familia, haciendo alguna actividad favorita.

2. ¡Has recibido una carta!

Objetivo: Recolectar información acerca de situaciones que generan ansiedad en “Meli” así como sus reacciones, signos y sentimientos de ansiedad.

En esta parte, se utilizó una hoja blanca y una carta escrita previamente, en donde se especificó, que había sido escrita por una niña que también tiene ansiedad. Se platicó a “Meli” la

situación de la pequeña que envió la carta, en donde se comentaron sus reacciones, signos, sentimientos, emociones, lugares en donde se presenta, personas con las que aparece, etc. Con esta carta se invitó a “Meli” a platicarle a ella, lo que también le sucede.

En esta actividad “Meli” eligió una hoja de color y escribió poco a poco sus sensaciones, realizó también un sobre en donde la entregaría y en ella colocó una estampa como sello del sobre.

3. La meta.

Objetivo: Hablar sobre el fundamento del tratamiento.

Para finalizar se explicó una pista de carreras realizada previamente, en donde la meta fue la finalización del tratamiento, durante la explicación se dieron los pasos a seguir durante las sesiones, se fueron marcando con papelitos de colores, las diferentes estaciones en donde se explicó el propósito de llegar ahí y cómo poder continuar con la carrera.

Actividad para casa. Demostrar Que Puedo. (DQP)

Objetivo: Aprender sobre los pensamientos y sentimientos que aparecen en situaciones comunes y de ansiedad.

Para este fin, se utilizó como herramienta de apoyo la actividad DPQ del cuaderno de actividades, “Gato valiente”. En esta fase, se le informó a “Meli” que estas actividades DQP, se asignan con la intención de que en cada terapia sean revisadas.

Para la primera actividad DQP se pidió que “Meli” hiciera un dibujo de una situación común y otra en donde se sintiera ansiosa. Posteriormente en la revisión se pidió que describiera algunos de sus pensamientos y sentimientos que experimentó en dicha situación que dibujó. La actividad se revisó de manera más didáctica llenando un cuadro en un cuaderno.

Sesión 2: Evaluación diagnóstica.

Propósito: Aplicar la Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada CMASR-2 y realizar tanto a la participante como a los padres la prueba KSADS-PL.

Actividades.

1. El juego de “sí” y “no”.

Objetivo: Obtener la puntuación de la Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada CMASR-2

Se le explicó a “Meli” que esta escala nos ayuda a comprender cuáles son las situaciones con las que ella se siente más identificada, y que además nos ayuda a resolver algunas dudas sobre la manera en que nos sentimos, y cómo se siente la ansiedad. De la misma manera se le explicó que este instrumento contribuye en el entendimiento de sus síntomas.

2. ¿Qué más puedo responder?

Objetivo: Aplicar la prueba KSADS-PL a “Meli” y a sus padres.

En esta parte, se comenzó explicando el objetivo de realizar más preguntas, se le dijo a “Meli” que es importante responder todo con sinceridad y con la mayor confianza posible, se le dijo que es una prueba que nos ayudará a saber cómo se encuentra y a determinar si efectivamente funcionó nuestro plan.

Sesión 3: Reunión con padres.

Propósito: Fomentar la cooperación de los padres con el programa de tratamiento, así como indagar sobre la visión de la situación, preocupaciones, expectativas de cambio, intentos de solución, y finalmente discutir sobre el plan de intervención.

Actividades.

1. ¿Cómo trabajaremos?

Objetivo: Brindar información acerca del tratamiento.

Se describieron los resultados de la evaluación obtenida a partir de la “Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada CMAS-R”, así como de la prueba K-SADS. Para la explicación se siguieron datos generales, explicando que los resultados estuvieron fuera de la norma, así mismo se realizaron indagaciones en cuanto a los antecedentes familiares, etc. Se describieron las generalidades del programa y se invitó a los padres a exponer sus dudas. Se les recordó que durante el tratamiento se lleva a cabo primeramente el aprendizaje de técnicas, por lo que no será hasta más adelante cuando los síntomas de ansiedad comenzarán a disminuir, ya que es en este último periodo cuando “Meli” aprenderá a aplicar las técnicas de afrontamiento.

2. Resolviendo dudas.

Objetivo: Hablar sobre las preocupaciones.

Se invitó a los padres a hablar sobre sus preocupaciones, y/o factores que afectan o dificultan las habilidades del niño. En esta parte de la sesión, se habló sobre preocupaciones derivadas de situaciones familiares, como, por ejemplo, relaciones con abuelos, tíos etc. Además, se pudo conocer cómo son las relaciones que “Meli” lleva a cabo, tanto dentro del hogar como fuera de éste, como en la escuela o en hogares de familia cercana.

3. ¿Cuándo aparece la ansiedad?

Objetivo: Conocer las situaciones en las que el niño se muestra ansioso.

Los padres explicaron sus experiencias en cuanto a las situaciones que resultan problemáticas para “Meli”. Se les dio una pequeña explicación del funcionamiento de la ansiedad, es decir, las respuestas somáticas y cognitivas del niño ante la ansiedad, se diferenció el concepto ansiedad con el de estrés, así mismo se brindó información adicional como frecuencia de aparición en los niños, posibles factores causales y la diferenciación de los síntomas.

Objetivo: Conocer maneras concretas de cómo se lleva a cabo el tratamiento.

Se explicó a los padres las actividades programadas a lo largo de las intervenciones, así mismo se les brindó la oportunidad de presenciar alguna de las sesiones de entrenamiento para conocer las técnicas de afrontamiento, y finalmente se les hizo hincapié de la importancia de su apoyo en áreas específicas durante los próximos encuentros, finalmente se dio la opción de contactar al terapeuta en caso de necesitar alguna información.

Sesión 4: Psicoeducación.

Propósito: Enseñar al "Meli", lo que es la ansiedad y darle orientación sobre la diferenciación de distintos sentimientos y emociones, para que pueda distinguir entre aquellos propios de la ansiedad y los demás, así mismo se normalizaran dichos sentimientos, para así comenzar con una jerarquización de situaciones provocadoras de ansiedad.

Actividades.

1. El monstruo amistoso.

Objetivo: Enseñar a "Meli", lo que es la ansiedad y darle orientación sobre la diferenciación de distintos sentimientos y emociones, para que pueda distinguir entre aquellos propios de la ansiedad y los demás.

Con ayuda de algunas plantillas que contengan diferentes tipos de monstruos se le pidió que los coloreara y que mientras lo hacía pusiera mucha atención en sus expresiones faciales, ya que puede haber un monstruo muy gruñón, otro triste, otro feliz, con miedo y con disgusto, se le explicó que muchas veces así se muestra la ansiedad, con diferentes emociones, y que no siempre lo que sentimos puede significar lo mismo que experimentamos como emoción, además se diferenció el miedo, de la ansiedad, explicando que el primero es una emoción y que la ansiedad no lo es, más bien ésta puede contener diferentes emociones. Finalmente, se le explicó

que este monstruo puede ser su amigo, ya que si sabe cómo se siente y cómo manejar esa situación, podrá reconocer sus emociones y así su ansiedad.

2. ¡Reconociendo emociones!

Objetivo: Enseñar al “Meli” que los sentimientos y emociones tienen distintas formas de expresarse.

Se le explica a “Meli” que las personas tienen diferentes expresiones faciales y posturas que nos pueden dar pistas sobre sus sentimientos y emociones. A manera de repaso, se le repartieron hojas con imágenes de algunos otros monstruos, y de otros dibujos animados que no tenían completas las expresiones faciales, y en las cuales ella tuvo que colocarlas, escribiendo la emoción debajo de cada imagen.

3. ¿Solo yo me siento así?

Objetivo: Normalizar la experiencia de temor y ansiedad.

La terapeuta basándose en un héroe real o imaginario en conjunto con “Meli” inventaron una historia acerca de cómo este personaje sintió ansiedad y cómo este afrontó su preocupación. Se le explicó, que no solo los niños se sienten ansiosos sino también las personas mayores, y que, así como en las historias podemos crear nuevas formas de solucionarlo, también podemos hacerlo en la vida real.

Para esta sesión se utilizó un recorte de un oso que tenía capa y antifaz, y que funcionó como superhéroe, se le preguntó a “Meli” sobre alguna situación que la pusiera muy nerviosa, ella eligió “exponer frente al grupo”, por lo que, con ayuda de la terapeuta, se crearon diálogos que el oso podía decirle a “Meli” en esa situación.

4. El volcán de las emociones

Objetivo: Establecer una jerarquía de situaciones que provocan ansiedad.

La terapeuta y “Meli” realizaron una jerarquía de las situaciones que parecen provocar ansiedad en ella, se realizó un dibujo de un volcán y se le explicó, que en la cima de los volcanes suele estar todo muy caliente, y que entre más abajo estamos podemos permanecer más fríos, se describió así mismo que puede suceder con cada una de las situaciones que nos provocan ansiedad, hay algunas que nos mantienen abajo, otras que nos hacen escalar un paso más arriba y otras que nos hacen llegar a la cima sintiéndonos demasiado ansiosos, y muy calientes a la vez.

Actividad para casa. Demostrar Que Puedo. (DQP)

Objetivo: Reforzar el aprendizaje de las emociones.

En esta actividad se le entregó una hoja con una impresión de un cubo armable en donde cada una de las caras contenía la imagen de las emociones, éstas fueron más significativas ya que se utilizaron las de la película “intensa mente”.

Sesión 5: Psicoeducación (Reacciones de mi cuerpo)

Propósito: Enseñar a “Meli” a conocer y distinguir las respuestas somáticas de la ansiedad para que comience a identificar las propias, además de identificar las situaciones en las que aparece.

Actividades.

1. ¿En dónde se siente la ansiedad?

Objetivo: Aprender en qué partes del cuerpo se puede sentir la ansiedad, así como hablar acerca de las respuestas somáticas específicas de la ansiedad.

Para este fin, se utilizó como herramienta de apoyo una actividad DQP del cuaderno de actividades, “Gato valiente”, en donde viene plasmada la imagen de un cuerpo humano con órganos dibujados en su interior. Se le pidió a “Meli” que dibujara en un pedazo de papel “craft”

la silueta de una persona y que pensara en alguna situación que pudiera ponerla ansiosa, se le dijo que, dentro de dicha silueta, dibujara el cerebro, el corazón, el estómago y algunos órganos de los humanos, posteriormente se le dieron unas acuarelas con las cuales pudo colorear cada órgano y después encerrar en un círculo aquellas partes de su cuerpo en donde ella, sentía la ansiedad.

2. ¿Qué crees que hará Tom?

Objetivo: Practicar la identificación de respuestas somáticas.

Para iniciar la actividad se comenzó utilizando una hoja que contenía el dibujo de la silueta de un gato, y dentro de ésta, los órganos del mismo. Se comenzó a explicar que cuando un gato está frente a una situación de peligro, su cuerpo reacciona de diferentes maneras, se describió una situación referente al enfrentamiento con un perro, esta situación sirvió de ejemplo para explicar así, las opciones que tenemos al enfrentar a la ansiedad. Se señalaron las partes del cuerpo del gato en donde “Meli” creyó que sentiría la ansiedad. Posterior a esto, se le dio un dibujo con 6 ilustraciones de la caricatura “Tom y Jerry”, en la que se hizo la pregunta “¿Qué harías tú?”. Se presentaron tres imágenes del gato Tom, la primera se mostraba al gato paralizado, en la segunda aparecía huyendo, y en la tercera, atacando; frente a cada imagen del gato, se presentó un dibujo del perro de la caricatura atacando al gato.

Esta actividad ayudó a “Meli” a identificar las opciones que tenemos cuando estamos frente a una situación de alerta.

Actividad para casa. Demostrar Que Puedo. DQP.

Objetivo Reconocer las situaciones que provocan ansiedad en “Meli” cuando está en casa.

Para este fin, se utilizó como herramienta de apoyo una actividad DQP del cuaderno de actividades, "Gato valiente". Se explicó a "Meli" que, durante un día entero, debía registrar en una lista o en dibujos, las situaciones que le provocaron miedo o ansiedad, y dibujar la parte de su cuerpo en donde sintió cambios y sensaciones como las que se vieron en sesión. Para la revisión se le pidió que haga una escala de aquellas situaciones que fueron de menor a mayor nivel de ansiedad.

Sesión 6: ¿Nos relajamos?

Propósito: Presentar las técnicas de relajación y su uso para controlar la tensión asociada a la ansiedad.

Actividades.

1. El león y la oruga.

Objetivo: Presentar y explicar las técnicas de relajación.

Para la actividad, se ocuparon, un cuento realizado por la terapeuta previamente, en donde los personajes eran un león y una oruga, además se realizaron un par de marionetas con dos dibujos y dos palos de paleta. Para iniciar se le dijo a "Meli" que se jugarán papeles distintos, un momento ella será el león y el terapeuta la oruga, y después se cambiarán los personajes, se le pidió que hiciera la reproducción del personaje lo mejor que pudiera. Posterior a esto, se leyó el cuento, y comenzaron a actuar de acuerdo a los diálogos. Se le enseñó que cuando nos encontramos como el león nuestra ansiedad suele ocasionar mucho ruido como el rugido, y que cuando esto sucede, nuestra respiración puede llegar a estar muy muy rápida, sin embargo, cuando estamos más calmados nuestra respiración puede ser así de pequeñita y lenta como las orugas.

Además, se comenzó a introducir el concepto de pensamientos, realizando globos de pensamiento dentro del cuento y se explicó el tipo de pensamiento que tenemos cuando actuamos como león y cuando somos como la oruga. Finalmente, se le pidió que con sus propias palabras describiera qué papel es el que ella juega en la vida diaria y cuál es el papel que le gustaría ser de ahora en adelante.

2. ¿Lo intentamos?

Objetivo: Enseñar a “Meli” los momentos indicados de cuándo y cómo la relajación puede serle útil.

En esta actividad se le dijo primeramente que cerrara sus ojos, y que inhale profundamente intentando que su estómago se expanda, luego que exhale lentamente prestando atención en cómo se siente cuando sale el aire, se hizo el mismo procedimiento 2 o 3 veces y después se le preguntó cómo se sentía luego de haber realizado el ejercicio, y se le explicó que esta es una manera rápida que la ayudará a sentirse relajada. Pasando esta explicación, se le mostró un video en donde un niño de dibujo animado, explica la técnica de relajación progresiva y otro más explicando la respiración. Una vez que terminó de observar y escuchar los videos, se le pidió que se colocara en una silla con una postura cómoda, y que hiciera los ejercicios tal como lo explicaron en los videos. Se observó y corrigió su realización en el transcurso.

3. ¡Practiquemos juntos!

Objetivo: Practicar las técnicas de relajación.

Para la siguiente, se utilizó una actividad del cuaderno de actividades, “Gato valiente”, que contenía el dibujo de un gato (muñeco de trapo) y de un robot. Se explicó utilizando una metáfora, diciendo que jugando a ser un muñeco de trapo podemos experimentar lo que nuestros músculos sienten al estar completamente sueltos y relajados, y que cuando estamos tensos y

ansiosos, nuestros músculos están rígidos como los del robot. Se invitó a jugar con la terapeuta haciendo un juego de roles.

Actividad para casa. Demostrar Que Puedo. DQP.

Objetivo Reforzar las técnicas de relajación.

Para este fin, se utilizará como herramienta de apoyo una actividad DQP del cuaderno de actividades, "Gato valiente". Se le pedirá al niño (a) que en un pequeño cuaderno escriba algunas situaciones que le causaron miedo o ansiedad y que dibuje el animalito que utilizó como herramienta para sentirse mejor, ya sea la hormiga, el lobo o la tortuga.

Sesión 7: ¿Qué estoy pensando?

Propósito: Presentar la función de los pensamientos y su impacto en la respuesta ante situaciones provocadoras de ansiedad. Enseñar a "Meli" el reconocimiento de sus diálogos internos en situaciones ansiosas y en situaciones de afrontamiento.

Actividades.

1. Los globos del pensamiento.

Objetivo: Explicar el concepto de pensamientos automáticos, y hablar sobre el diálogo interno ansioso.

Se utilizaron recortes pegados en una hoja blanca, de personas elegidas por "Meli", éstas están frente a una situación específica en donde se le pidió que imaginara lo que estaban pensando. Posteriormente se le pidió que lo escribiera en unos globos de pensamiento que estaban dibujados a su lado derecho, en el transcurso de la actividad se le iba explicando y guiando para que eligiera poco a poco diferentes opciones para cada persona.

2. Pensamientos sabios y de alarma.

Objetivo: Diferenciar el diálogo ansioso del de afrontamiento.

Para este juego se ocuparon dos globos, uno de verde y otro de color rojo, al mismo tiempo, se utilizaron dos cajas de cartón pequeñas en donde se colocó en cada una, uno de los globos, en ellos, se escribió la palabra “sabios” y en otro la palabra “alerta”, igualmente se realizaron diferentes hojas recortadas en forma de globos de pensamiento y se leyeron para que se colocaran en su lugar correspondiente, es decir, si “Meli” decidía que el pensamiento es “Sabio” debía colocarlo en la caja con el globo verde, si ella decía que es de “Alerta” lo colocaba en la caja con el globo rojo. Se le explicó que podrá elegir el pensamiento que mejor la haga sentir y mayor recompensa puede darle, o el que sea más adaptativo y que no implique conductas ansiosas. Igualmente se incluyó el ejercicio de los antojos de colores para ver las situaciones de diferentes maneras.

El éxito de esta actividad se basó en que la terapeuta estuvo pendiente de explicar cada una de las situaciones ansiosas y brindar apoyo cuando a “Meli” se le complicaba elegir qué pensamientos aparecen en dichos eventos, además se mostró lo que sería más grato y lo que sería más desagradable.

3. Nuestro amigo el policía.

Objetivo: Practicar el diálogo de afrontamiento ante este pensamiento.

Para esta actividad, se utilizaron pequeñas fichas de color verde y rojo pegadas en pequeños palos de paleta, escribiendo en cada uno la palabra “alto” y “siga”, se explicó que nuestra misión es darle paso o negárselo al pensamiento que no nos ayude a afrontar la situación. Cuando se plantearon las situaciones se comenzaron a identificar los pensamientos de manera que “Meli” indicó si se trataba de un pensamiento de “alarma” o si era un pensamiento “sabio”, mostrando la ficha con la palabra “siga” al pensamiento que era sabio y que ayudaba a enfrentar la situación y negando el paso con la ficha “alto” al pensamiento de alerta.

Actividad para casa. Demostrar Que Puedo. DQP.

Objetivo: Aprender a crear nuevos pensamientos ante situaciones de ansiedad.

Para este fin, se utilizó como herramienta de apoyo una actividad DQP del cuaderno de actividades, "Gato valiente". Se le pidió a "Meli" que hiciera una pequeña ficha de pensamientos alternativos que le ayuden a sentirse mejor y a disminuir su ansiedad ante determinadas situaciones. Para la revisión se repasaron dichos pensamientos, y se preguntaron las situaciones en las que las usaría.

Sesión 8: ¿Qué hacer?

Propósito: Introducir el concepto de resolución de problemas, desarrollar y utilizar las estrategias de resolución para el manejo de la ansiedad.

Actividades.

1. Laberintos.

Objetivo: Enseñar el concepto de resolución de problemas.

Para esta actividad se utilizó una hoja con un laberinto dibujado en el cual podían encontrarse dos diferentes caminos, en él "Meli" trazó la línea que resolvía el laberinto, la terapeuta trazó la segunda solución explicando que para llegar a la meta siempre hay que crear un buen plan para no equivocarnos además de saber tomar el camino indicado, y aunque siempre nos tomará tiempo para saber qué hacer o para dónde ir, siempre encontraremos una solución, o varias.

2. Una noticia en el periódico.

Objetivo: Practicar la resolución de problemas en situaciones de ansiedad.

En esta actividad, se le pidió a “Meli” que, con ayuda de una situación ansiosa, cree una noticia que salga en un periódico para niños, para que con su ayuda puedan enfrentar su ansiedad, se le explicó que será necesario seguir 4 pasos y responder 4 preguntas para construir su nota.

En el paso 1 se define la situación, ¿Cuál es la situación?, en el paso 2, se exploran soluciones, ¿que se podría hacer para que la situación sea menos ansiosa? en el paso 3 se evalúa la facilidad y disponibilidad de llevar a cabo alguna de las soluciones planteadas, en el paso 4 se selecciona la más factible y la preferida por” Meli”, ¿que sería lo mejor? Para esta parte se necesitó de colores, hojas, imágenes y todo tipo de materiales para construir el periódico, además de un ejemplar de un periódico para mostrar cómo tenía que lucir su periódico.

Actividad para casa. Demostrar Que Puedo. DQP

Se dejó para casa, realizar una lista de tres situaciones que la pusieran ansiosa, delante de éstas escribir sus pensamientos y sus acciones. Además, se pidió que, en unas fichas, se escribieran pensamientos alternativos a estas situaciones y actividades que pudiera realizar en el momento ansioso y que pudieran sustituir aquellas que no resolvían el problema, a éstas actividades se les llamó “actividades favoritas”.

Sesión 9: ¡Sigue practicando!

Propósito: Practicar el uso de alternativas de afrontamiento ante situaciones ansiosas.

Actividades.

1. ¿Qué recompensas utilizar?

Objetivo: Hablar sobre recompensa y autoevaluación.

Se habló sobre qué es una recompensa, cuándo puede ser utilizada y la finalidad que tiene poder dar una recompensa cuando hacemos algo bien.

Presentando un escenario en el que “Meli” afronte con cierta facilidad algún problema, se explicó que la manera en cómo se sienta respecto a la forma de resolver puede servir para que evalúe su rendimiento, es decir que si se siente satisfecho podrá evaluarse de forma positiva, y, al contrario. Se hizo un ejercicio, con el juego de la “escuelita”, se le dejó una pequeña tarea en la cual, la terapeuta jugó el papel de la maestra, se le pidió que construyera una historia de su película favorita y que la pasara a explicar al frente, al terminar se le pidió que evaluara su desempeño decidiendo si merecía o no, algún incentivo. Esta actividad además sirvió como un pequeño acercamiento a situaciones de exposición, ya que pasar al frente resultaba para “Meli” muy desagradable y causaba en ella mucha ansiedad.

2. ¡Nos vamos de viaje!

Objetivo: Recordar alternativas de afrontamiento ante situaciones ansiosas.

En esta actividad, se le explicó a “Meli” que traíamos varias cosas en una maleta que nos llevamos a un viaje muy largo, algunas de estas cosas servían para manejar la ansiedad y otras no, se le pidió que eligiera solo aquellas que podían ayudarle, y que dejara aquellas que no le ayudarían del todo. Se utilizaron dibujos u objetos en físico que sirvieron de apoyo, por ejemplo, unas gafas para ver los eventos desde otro punto de vista, una grabadora que contenía las instrucciones a seguir cuando quería practicar la relajación, y además un mapa o un plan de viaje que servían para resolver nuevas aventuras. Se utilizaron también objetos como películas y libros, que ayudaron a ejemplificar aquellas actividades favoritas.

3. ¡Intercambio de anteojos!

Objetivo: Practicar el reconocimiento de pensamientos adaptativos.

En este juego se le entregaron a “Meli” dos máscaras con unos anteojos, en la parte de atrás de una de ellas se escribió “visión catastrófica” y en la otra “Visión afrontativa”, se utilizaron con la finalidad de explicar, que cuando se presenta una situación ansiosa, debemos elegir

alguna de ellas, y siempre lo haremos buscando una solución, así que se explicó cómo usarlas preguntando “¿Qué es lo más feo que puede pasar?” y “¿Qué es lo mejor que puede pasar? Así, se escogió la opción que enfrentara mejor la situación. Así mismo se utilizaron recortes de anteojos en donde se escribieron en la parte de atrás pensamientos catastróficos y pensamientos afrontativos, ayudando a “Meli” a elegir de acuerdo a las situaciones que se iban planteando.

Actividad para casa. Demostrar Que Puedo. DQP

Objetivo: Crear un plan propio del niño (a) que pueda recordar en momentos de ansiedad.

Para este fin, se pidió que “Meli” hiciera un cuento en donde pudiera elegir o crear un personaje ficticio de alguna película o caricatura que le ayude a recordar qué hacer en caso de sentirse ansioso, se le dijo que es importante que cuando esté frente a esa situación difícil, pueda recordar fácilmente a éste personaje, para ello se tuvo que dibujar y describir lo que el personaje haría ante un evento complicado, además de identificar lo aprendido hasta esa sesión, es decir, las emociones, los pensamientos y las conductas.

Sesión 10: Reunión con padres.

Propósito: Alentar la continuación de apoyo y ayuda al final del tratamiento, así como responder preguntas y preocupaciones de los padres.

Actividades.

1. Actividades de exposición.

Objetivo: Proveer información adicional sobre la parte final del tratamiento, hablar sobre las técnicas de exposición, dudas y preocupaciones al respecto y adicionales.

Se hizo un breve resumen de lo que faltaba del programa, así mismo se explicó lo que “Meli” había aprendido hasta el momento, se comentaron todas las sesiones llevadas a cabo hasta el momento y las técnicas enseñadas, con el objetivo de que en casa pudieran pulirse. Se

les invitó a preguntar y a resolver dudas. También se les preguntó sobre alguna situación específica que estuviera aún presente en “Meli” y que quisieran trabajar. Se decidió trabajar sobre el manejo de emociones en situaciones que implican la empatía en programas ficticios como caricaturas etc. Se explicó que esta actividad sería utilizada como “actividad de exposición” ya que nos ayudaría a observar cómo se manejan las situaciones en casa, y corregir las técnicas.

2. Involucrarme en la parte final.

Objetivo: Ofrecer maneras específicas de involucrar a los padres en la finalización del tratamiento.

Se propuso a los padres ayudar en las actividades de exposición durante las situaciones que se presenten en el hogar, se ofreció la opción de contactar a la terapeuta en caso de necesitar más información o de tener más preguntas. Se explicó la posibilidad de participar en la última sesión de tratamiento con el objetivo de practicar con situaciones imaginarias que puedan provocar ansiedad en “Meli”, y enseñarles a los padres las formas de afrontamiento, así como los ejercicios de relajación. Finalmente se preguntó sobre los avances observados en “Meli” y los avances observados por la terapeuta.

Sesión 11: Prevención de recaídas.

Propósito: Consolidar las estrategias que posibilitan mantener los logros del tratamiento para prevenir recaídas.

Actividades.

1. ¡Llegó el momento!

Objetivo: Repasar las distintas estrategias utilizadas que dieron resultado a lo largo de la intervención y practicar las de exposición.

En esta sesión se recreó una situación de ansiedad para “Meli”, el acuerdo consistió en mostrar un video de un cortometraje, en donde los personajes principales fueran animales y donde la problemática principal fuera algo relacionado con el peligro, la técnica de exposición se realizó en conjunto con los padres, observando la manera en que “Meli” resolvía la situación, se observó agitación, sudoración en las manos, y tristeza, el objetivo fue, que los padres y “Meli” solucionaran la situación, se aplicaron técnicas de respiración guiadas por “Meli” y además la terapeuta ayudó a identificar los pensamientos y a modificarlos por otros. Una vez controlada la situación, se le pidió a “Meli” que describiera sus sensaciones, respuestas somáticas y diálogos internos.

Al finalizar la actividad se les invitó a hablar sobre su experiencia y su desempeño, además se hizo notar el progreso desde el comienzo del tratamiento y la parte del plan que resultó exitosa.

2. Más vale prevenir.

Objetivo: Explicar la noción de recaída, cómo se previene, es decir, qué hacer si la ansiedad resurge.

Se explicó a “Meli” que podrá existir algún momento en el que vuelva a sentir algo parecido a lo que le pasaba anteriormente, se le dijo la importancia de no volver a las actitudes y acciones que tenía antes de acudir a terapia, y sobre todo se hizo énfasis en que, si esto ocurre, no implicaría que el problema vuelva a ser lo que era. Se realizó una actividad modificada del libro “Terapia cognitiva con niños y adolescentes, aportes técnicos” (Bunge, et al. 2009) en donde se debían llenar unas líneas con cuestiones como, “Si me empieza a pasar...” “Lo que tengo que hacer es...” “Lo que no tengo que hacer es...” y además llenar un cuadro que la preparaba para situaciones futuras, en donde aparecían las opciones, “Situaciones que me podrían afectar”, “Plan de acción para prevenirlas” y “Plan de acción en caso de que ocurran”

3. Las estaciones de la ansiedad.

Objetivo: Orientar al niño hacia el futuro e incentivar la confianza en sus recursos de afrontamiento.

Se dibujaron en una hoja varias estaciones de un pequeño tren, en donde se escribieron en cada una las emociones, las sensaciones del cuerpo, los pensamientos y las acciones, en el momento ansioso. Cada una de las estaciones llevaba un nombre, la primera decía, "Quién y dónde", que le ayudó a recordar las personas que se encuentran con ella cuando se pone ansiosa y el lugar en donde sucede, otra estación se llamó, "Qué pensamiento aparece", otra más se nombró "Qué emoción siento", y otras dos más que se llamaban "Qué sensaciones tengo" y "Qué hago cuando estoy ansiosa", se le explicó que en las estaciones, las situaciones pueden cambiar, y los lugares también, o las personas, pero las emociones, las acciones y las sensaciones en el cuerpo suelen ser las mismas. Se le pidió que identificara, lo que pasaba antes y lo que pasa ahora.

Para finalizar con las actividades DQP se escribieron en una hoja, dos columnas, de antes y después en las cuales, se escribe como era "Meli" y lo que hacía antes, comparando la situación con, cómo es y lo que hace ahora, se ponen ejemplos de situaciones cotidianas hasta llegar a las que provocan ansiedad.

Sesión 12: ¡Lo lograste!

Propósito: Incentivar un compromiso para situaciones posteriores haciendo planes con el niño y con los padres. Dar cierre a la relación terapéutica.

Actividades.

1. Esto lo aprendí yo.

Objetivo: Realizar un cuento u obra de teatro en donde se exponga lo que aprendió el niño durante el tratamiento.

En estas últimas actividades, estuvieron participando los padres de “Meli”.

Para iniciar, se realizó una lista de ideas que pudieran ser útiles para el cuento, se le dieron todas las actividades realizadas a lo largo del tratamiento para que recordara lo que había aprendido y se los pudiera enseñar a sus papás. Se ayudó a “Meli a planear el escenario, se construyeron títeres con palitos de paleta, y dibujos de personajes que ella misma creó, se pidió a “Meli” que hiciera el cuento de acuerdo a todo lo que ella aprendió con sus propias palabras, que dijera cómo afrontar la ansiedad y cómo logró hacerlo, para que así muchos más niños puedan aprender y entender mejor las situaciones y los síntomas de ansiedad.

2. Me comprometo a...

Objetivo: Realizar un plan para que el niño siga mejorando.

Para esta actividad se ocupó la planilla “seguir mejorando” del libro “Terapia cognitiva con niños y adolescentes, aportes técnicos” (Bunge, et al. 2009) en donde “Meli” tuvo que escribir su nombre, y llenar algunos puntos a considerar que puede seguir mejorando. En esta hoja, “Meli se comprometió a seguir con la técnica de respiración, también a poner atención a sus pensamientos, emociones y sensaciones, así como a realizar actividades “favoritas” en situaciones de ansiedad. Para finalizar se les explicó a los padres que podían imaginar algunas otras actividades que le sean útiles a ella a la hora de experimentar ansiedad, es decir, crear juegos o actividades que la ayuden a afrontar estos síntomas en diferentes lugares.

3. Premio Final.

Objetivo: Dar un “Premio” de término de tratamiento.

Para finalizar con el tratamiento, se explicó que “Meli” está lista para enfrentar el mundo con las herramientas que adquirió durante la terapia, por ello se le hizo entrega de un certificado firmado por la terapeuta y por sus padres, mostrando el orgullo que sintieron al ver concluir su tratamiento, y donde se especificaba que ha finalizado su proceso terapéutico describiendo los objetivos que cumplió exitosamente. Finalmente, se le hizo entrega de una pequeña medalla simbólica como premio final a su desempeño.

Sesión 13. Evaluación diagnóstica.

Propósito: Aplicar la “Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada CMAS-R” y realizar tanto a la participante como a los padres la prueba “K-SADS” para evaluar los resultados obtenidos después de la intervención.

Actividades.

1. El juego de “sí” y “no”.

Objetivo: Obtener la puntuación de la Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada CMASR-2.

Se le explicó a “Meli” que para determinar el éxito del tratamiento será necesario responder una vez más las preguntas que hicimos al principio. Se volvió a explicar que esta escala nos ayuda a comprender cuáles son las situaciones con las que ella se siente más identificada, y que además nos ayuda a resolver algunas dudas sobre la manera en que nos sentimos, y cómo se siente la ansiedad. De la misma manera se le explicó que este instrumento contribuye en el entendimiento de sus síntomas.

2. ¿Qué más puedo responder?

Objetivo: Aplicar la prueba KSADS-PL a “Meli” y a sus padres.

Se comenzó explicando el objetivo de realizar una vez más las preguntas, y la aplicación de la prueba, se le dijo a “Meli” que es importante responder todo con sinceridad y con la mayor confianza posible, se le dijo que es una prueba que nos ayudará a saber cómo se encuentra ahora que concluyó su tratamiento y a determinar si efectivamente funcionó nuestro plan.

Resultados

Con propósito de realizar un análisis de la eficacia del programa de intervención, se realizó una evaluación antes y después de la aplicación. Se utilizó la entrevista semiestructurada Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime KSADS-PL en su versión mexicana, y, la Escala de Ansiedad Manifiesta en niños Revisada, en su segunda edición CMASR- 2.

Para comenzar con la evaluación se aplicó la entrevista KSADS-PL, que consiste, en una entrevista introductoria no estructurada, una entrevista diagnóstica de tamizaje y un listado de suplementos que se seleccionan y se aplican solo cuando se cumplen los criterios del DMS-IV. Como complemento, se aplicó la Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños CMASR-2, para evaluar el grado de ansiedad natural. Este instrumento de auto informe, permitió, evaluar el grado de ansiedad de acuerdo a sus puntuaciones del índice de Ansiedad Total, y cinco calificaciones adicionales: Ansiedad Fisiológica, Preocupaciones, Ansiedad Social, Defensividad y adicionalmente un índice de respuestas inconsistentes.

A continuación, se presentan los resultados del proceso de investigación en los dos diferentes momentos de evaluación, antes y después del tratamiento. Para facilitar la explicación y descripción de los resultados, se muestran tablas que permiten comparar la evaluación Pre test y Post test.

En este caso para la prueba KSADS-PL, se muestran los códigos tanto para los diferentes criterios calificados como para los trastornos importantes en la investigación, es decir los Trastornos de Ansiedad, no obstante, se incluye el TDAH debido a que en su mayoría fue calificado con síntomas frecuentes y con severidad significativa. Adicionalmente, se muestran figuras con gráficas para facilitar la explicación de datos cuantitativos, como es el caso de la prueba CMASR-2.

En la Tabla 1, se encuentra la evaluación realizada a “Meli” y a su padre, mostrando la calificación de “Summary” o “Resumen”; se toma en cuenta para la calificación final, aquella respuesta que especifique una percepción objetiva o subjetiva en función al síntoma. Es decir, se brinda mayor peso a las respuestas de “Meli” si es un síntoma subjetivo como “pensamientos catastróficos” y si es un síntoma conductual u observable, se tomarán las respuestas de su padre, como por ejemplo “rabieta o llantos”. Para ello se toman en cuenta los datos más altos con base en los códigos establecidos por el KSADS-PL. En este caso se toma el código 3=Umbral y 2=Si, para demostrar que existe un deterioro significativo en el funcionamiento de la niña, y para establecer la ocurrencia y severidad del síntoma y del trastorno.

Siendo así, se toman únicamente los síntomas que fueron calificados principalmente con este código, y aquellos que nos demuestran que el funcionamiento se encuentra afectado en un nivel de moderado a severo, según lo establecido por el KSADS-PL. Por tanto, para explicar la tabla, es importante considerar principalmente los síntomas de interés en esta investigación, por ejemplo, síntomas fisiológicos como llantos, dolores de cabeza, estomacales, insomnio; así mismo, síntomas conductuales tales como rabieta, evitación, faltas en el colegio, acompañados de pesadillas, pensamientos catastróficos y temor a la separación y/o a estar sola.

Ahora bien, estos síntomas que fueron la base de la investigación, se pudieron ver modificados después de la intervención.

Tabla 1

Resumen de la Evaluación Pre test y Post test de los Criterios/Síntomas Calificados para los Trastornos de Ansiedad y TDAH

Criterio/Síntoma	Código calificado/Ocurrencia	
	Pre test	Post test
Trastorno Evitativo/Fobia Social		
Reducción del contacto. Se siente nerviosa al estar cerca de personas que no conoce.	3=Umbral. Con frecuencia muestra incomodidad ante personas que no son de su familia. Deterioro Moderado a Severo.	2=Sub umbral. Incomodidad Ocasional cerca de personas que no son de su familia y/o extrañas. Deterioro Mínimo.
Deterioro. Ansiedad extrema, llanto, rabieta, evitación.	2=Si (Existente)	1=No (Ausente)
Trastorno de Ansiedad Generalizada		
Quejas Somáticas. Faltas en el colegio, dolores de cabeza y estomacales.	2=Sub umbral. Quejas ocasionales. Los síntomas se experimentan con Frecuencia.	1= (Ausente)
TEPT-PTSD		
Eventos traumáticos, enfrentamiento con noticias traumáticas.	2=Si (Existente)	2=Si (Existente)
Pensamientos recurrentes del trauma, pesadillas, insomnio.	2=Si (Existente)	1=No (Ausente)

Criterio/Síntoma	Código calificado/Ocurrencia	
	Pre test	Post test
Trastorno de Ansiedad por Separación.		
Temor a un evento catastrófico que provoque separación.	3=Umbral. Frecuentemente se preocupa en situaciones de separación.	1=Ausente
Temor a dormir fuera de casa/Dormir solo.	3=Umbral. Frecuentemente se preocupa en situaciones de separación.	1=Ausente
TDAH		
Dificultad para mantener la atención en Tareas o actividades recreativas.	3=Umbral. Con frecuencia se le dificulta poner atención a sus actividades. El problema tiene efectos moderados a severos en el funcionamiento. *	2=Sub umbral. En ocasiones se le dificulta poner atención a sus actividades. El problema tiene efectos mínimos en el funcionamiento. *
Se distrae con facilidad.		
Dificultad para mantenerse sentada.		

* El código calificado en este trastorno, fue el mismo para todos los síntomas, tanto para la evaluación Pre test como Post test.

Como se ve en la Tabla 1, para la evaluación Pre test, las calificaciones fueron dadas con los códigos 3=Umbral y 2=Si, que muestran la existencia del trastorno y su evidente severidad en el funcionamiento.

De manera que, para la evaluación Post test, los síntomas disminuyeron en su frecuencia y severidad, evaluándose en su mayoría con un código menor, incluso, llegando a calificarse

como 1=Ausente; demostrando que, una vez realizada la intervención, los resultados en la evaluación fueron favorables para la mayoría de los síntomas, es decir, disminuyó su frecuencia y se aminoró la severidad en el funcionamiento, al punto de desaparecer por completo. Para el caso del TDAH, se encontró que existían anterior a la intervención, síntomas como dificultad para concentrarse, distracción frecuente, y dificultad para mantenerse sentada. En este caso, se puede decir, que estos síntomas están probablemente relacionados con los pensamientos y preocupaciones de la ansiedad, ya que si bien, los resultados fueron altos en la evaluación Pre test, en el Post test, disminuyeron a un nivel de severidad mínimo.

Del mismo modo, en la Tabla 2, se encuentra el resumen de la Evaluación Suplementaria de cada síntoma para cada Trastorno de Ansiedad; esta fue calificada por "Meli" y su padre. Esta evaluación nos ayuda a complementar la información acerca de la existencia y frecuencia de los síntomas, además para dar un diagnóstico oportuno, de acuerdo con los criterios del DSM IV, sobre la evidencia del trastorno.

En esta evaluación se confirmó la existencia de síntomas en cada uno de los trastornos de ansiedad y TDAH antes de la intervención. Se observa que, para todos los trastornos, las calificaciones en la evaluación Pre test son 3=Umbral y 2=Si, siendo claro que para el Post test, todos los síntomas disminuyeron considerablemente calificándose como ausentes; y para el caso del TDAH, disminuyendo su severidad al nivel mínimo.

De esta manera se puede decir que, los resultados para la prueba KSADS-PL, demuestran que los síntomas para los diferentes trastornos, fueron disminuidos significativamente después de la intervención.

Tabla 2

Resumen de la Evaluación Suplementaria Pre test y Post test de los Criterios/Síntomas Calificados para los Trastornos de Ansiedad y TDAH

Criterio/Síntoma	Código calificado/Ocurrencia	
	Pre test	Post test
Trastorno Evitativo/Fobia Social		
Evitación/Estar con personas desconocidas. Evidencia de algún precipitante.	2=Si (Existente)	1= (Ausente)
Trastorno de Ansiedad Generalizada		
Tensión muscular, inquietud, irritabilidad. Dificultad para concentrarse, dificultad para dormir. Deterioro escolar y social.	2=Si (Existente)	1= (Ausente)
TEPT-PTSD		
Ansiedad producto de la exposición a estímulos que recuerdan o simbolizan el evento. Evita actividades o situaciones que le recuerdan el evento.	2=Si (Existente)	1= (Ausente)
Trastorno de Ansiedad por Separación.		
Pesadillas. Deterioro Social y Familiar.	3=Umbral. Pesadillas frecuentes (3 o más por mes)	1=Ausente

Criterio/Síntoma	Código calificado/Ocurrencia	
	Pre test	Post test
TDAH	2=Si (Existente)	1=Ausente
Comete demasiados errores por descuido.	3=Umbral. Con frecuencia comete errores. Efectos moderados a severos en el funcionamiento.	2=Sub umbral. Ocasionalmente comete errores. Efectos mínimos en el funcionamiento.
Le disgusta/evita hacer actividades que requieren atención y esfuerzo mental.	3= Umbral. Con frecuencia evita tareas y expresa un disgusto moderado por hacerlas. Efectos moderados a severos en el funcionamiento.	2= Sub umbral. En ocasiones evita tareas, y expresa disgusto por hacerlas. Efectos mínimos en el funcionamiento.

A continuación, se muestran los resultados para la prueba CMASR-2. En la Tabla 3 se utilizaron los datos estadísticos de las puntuaciones que corresponden a las diferentes Escalas. Es decir, se enlistan los datos que corresponden a las respuestas evaluadas, con valores establecidos por el CMASR-2; se muestra la puntuación de los 49 reactivos, en conjunto con la Puntuación Natural Total, la Puntuación T y el Percentil correspondiente.

Siendo que, para establecer el valor de la Ansiedad Total, se debe realizar la sumatoria de las distintas escalas: FIS, INQ Y SOC; y así, establecer el valor de la Puntuación T, dado por el CMASR-2. De manera que, para establecer la Puntuación T, se debe tomar el valor de la Ansiedad Natural Total de cada escala, y buscar en el perfil, el valor que le corresponde. Así mismo, una vez obtenida la Puntuación T, se procede a buscar con su valor, el que le corresponde al Percentil de cada escala y de la Ansiedad Total de las mismas.

Tabla 3

Puntuaciones calificadas para la Evaluación Pre test y Post test de las Diferentes Escalas del CMASR-2

Puntuación	DEF	FIS	INQ	SOC	Ansiedad Total
Puntuación Natural Reactivos 1-24					
Pre test	3	4	8	6	-
Post test	3	1	5	4	-
Puntuación Natural Reactivos 25-49					
Pre test	4	6	6	6	-
Post test	3	5	4	3	-
Puntuación Natural Total					
Pre test	7	10	14	12	-
Post test	6	6	9	7	-
Ansiedad Total (TOT)					
Pre test	-	10	14	12	36
Post test	-	6	9	7	22
Puntuación T					
Pre test	51	45	73	63	66
Post test	46	37	66	50	46

Puntuación	DEF	FIS	INQ	SOC	Ansiedad Total
Percentil					
Pre test	54	31	99	90	95
Post test	35	10	95	50	35

De acuerdo con lo anterior, se ve en la tabla que las áreas de mayor problemática en la evaluación Pre test, para “Meli” eran: Inquietud (INQ) y Ansiedad Social (SOC); en comparativa con la evaluación Post test, el área que continúa por encima de la media, es Inquietud (INQ), sin embargo, con una puntuación un tanto menor.

Para verlo más claro, se tienen los reactivos más importantes y aquellos que fueron modificados después de la intervención, es decir, aquellos que fueron cambiados de una respuesta “Si” a una respuesta “No”.

Para la escala INQ, algunos síntomas que desaparecieron fueron: “Me preocupa no agradecerles a los otros”, “Me pongo nervioso cuando las cosas no salen como yo quiero”, “Casi todo el tiempo estoy preocupado”, “Me preocupa lo que la gente piense de mí” y “Me siento preocupado cuando me voy a dormir en la noche”.

Así, para la escala SOC, los síntomas fueron: “Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas”, “Tengo miedo que los demás se rían de mí”, “Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas”, “Me siento solo, aunque estoy acompañado”, “En la escuela se burlan de mí” y “Los demás son más felices que yo”.

Así, se puede destacar, que para la escala Ansiedad Social (SOC), la puntuación disminuyó a 5 puntos por debajo de la media; y la escala INQ disminuyó un total de 7 puntos. En otras palabras, la Ansiedad Social dejó de ser un área problemática para “Meli”, y la Inquietud,

aunque se seguía presentando, logró disminuir claramente, en su funcionamiento. Por tanto, según los Descriptores Cualitativos Sugeridos para los Rangos de Puntuación del CMASR-2, la examinada para el momento de la evaluación Pre test, se encontraba en un rango, “Moderadamente problemática”, teniendo una puntuación de Ansiedad Total de 61-70. Mientras que, para la evaluación Post test, se modificó a un rango “No más problemática que para la mayoría de los estudiantes”, coincidiendo con un puntaje de 40-60, para Ansiedad Total (Reynolds y Richmond, 2012).

De acuerdo con el CMASR-2, el valor de la media es importante con respecto a la Puntuación T, ya que permite visualizar de manera más funcional, las áreas en las que la examinada resultó con puntajes altos y en correspondencia, con áreas de mayor problemática. Por ello en la Figura 1, se grafican, con ayuda de la Puntuación T, los valores para cada Escala evaluada, para el Pre test y Post test.

Figura 1

Puntuación T de las Diferentes Escalas para la Evaluación Pre test y Post test del CMASR-2

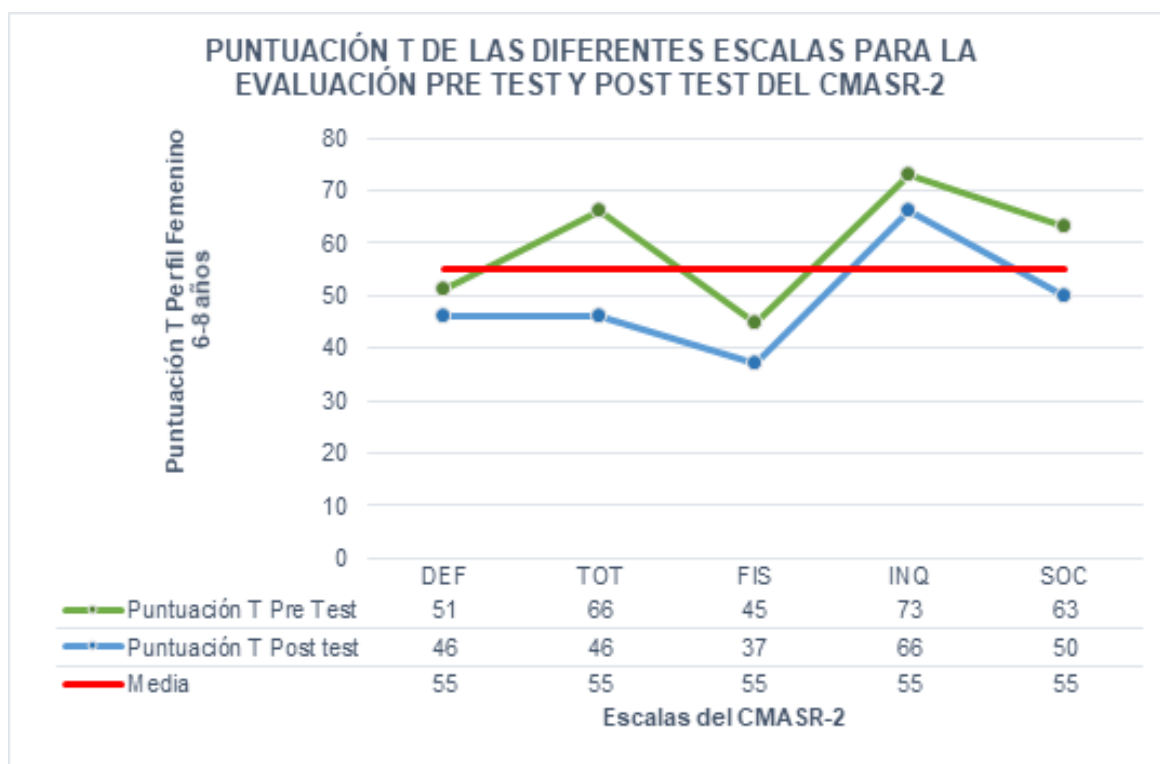


Tabla 4*Índice de Respuestas Inconsistentes para la Evaluación Pre test y Post test*

Pares de Reactivos Inconsistentes Pre test		Pares de Reactivos Inconsistentes Post test	
2-8	-	2-8	-
3-35	INCONSISTENTE	3-35	INCONSISTENTE
4-10	-	4-10	INCONSISTENTE
6-49	-	6-49	INCONSISTENTE
7-39	-	7-39	INCONSISTENTE
19-33	-	19-33	-
23-37	-	23-37	-
24-29	-	24-29	-
38-48	-	38-48	INCONSISTENTE
Puntuación del INC	1	Puntuación del INC	5

Ahora bien, en la Tabla 4, se describen el índice de respuestas inconsistentes, para la evaluación Pre test y Post test; estas puntuaciones muestran aquellos reactivos que, por lo general, reciben la misma respuesta, (a excepción del par número nueve, que consta de dos oraciones que, por lo general, se responde de manera opuesta). Por lo tanto, la puntuación INC indica el número de pares de reactivos que tienen respuestas discordantes; si existe una puntuación superior a seis, aparece la probabilidad de que, por lo menos, el 81% de las respuestas, hayan sido dadas sin tomar en cuenta, “lo suficiente” su significado para proporcionar una descripción fiel de sí mismo (Reynolds y Richmond, 2012).

En este caso, para la evaluación Pre test el resultado fue de 1 para el INC, mientras que para el Post test, la calificación fue de 5; lo que significa que el porcentaje de probabilidad para ambas evaluaciones, es superior a 80%, lo que indica que las respuestas en su mayoría, fueron dadas de manera fidedigna.

Discusión

De acuerdo con lo encontrado en esta investigación, se pueden fundamentar diferentes variantes. Para comenzar, se argumenta la teoría con relación al modelo cognitivo de la ansiedad y el procesamiento de la información. Para así continuar con la explicación, de algunas de las variables de estudio que concuerdan con lo encontrado en este proyecto, tales como la sintomatología y la eficacia en el proceso de intervención.

Comenzando con el primer fundamento, se explica el modelo del procesamiento de la información, mediante lo descrito por Lang, él explica que el individuo crea una serie de procesamientos cognitivos, en donde se evalúa una situación como amenazante y en donde se estiman o desestiman los recursos y habilidades de afrontamiento (Cuceli, 2014). De esta manera, cuando “Meli” llega a terapia, muestra principalmente una construcción de la realidad complicada y amenazante. Es decir, el significado que sobresale en ella, se basa principalmente en la vulnerabilidad, en la poca valía de sus habilidades de afrontamiento y temor a la separación de las personas que le brindan protección.

Además, muestra conductas de huida, evitación y colapso; asigna significados catastróficos a las situaciones y a las cosas que están a su alrededor; reconstruye personajes ficticios que pueden hacerle daño a través de sombras, muestra incapacidad para poder defenderse, evitando la separación con sus padres, y situaciones sociales que precisan participación en público, desestimando así, sus habilidades intelectuales. Por ello, entendiendo que la teoría cognitiva se encarga del trabajo con los esquemas, Beck y Clark (2012) consideran,

que la modificación de los componentes cognitivos y conductuales, será posible a través del cambio de las creencias nucleares; es decir, de los esquemas disfuncionales y/o imágenes negativas de sí mismo, y de los demás.

En este sentido, Beck (1963) citado en Beck et al. (2014) menciona algunas de las creencias nucleares características en un esquema ansioso disfuncional, algunas de ellas son: “soy vulnerable”, “no soy capaz” y “el mundo es peligroso”; lo que, en correspondencia, se puede encontrar en “Meli”, ella llega con creencias rígidas tales como “todo me sale mal”, “no puedo hacerlo”, “siempre me equivoco”, “si estoy sola, algo malo puede pasarme”, “tengo miedo a estar sola”, “...si me escondo, no pueden hacerme daño”. Lo que demuestra, que su esquema de creencias, estaba basado en una percepción carente de habilidades afrontativas, y con una sensación de vulnerabilidad intensa con un escaso control y seguridad.

Por tanto, para clarificar y entender mejor el modelo cognitivo de la ansiedad propuesto por Beck y Clark (2012), se describen algunos de los principios básicos, que se encontraron en la participante. 1) Valoraciones exageradas de la amenaza: “la mano peluda puede hacerme daño”; 2) Mayor indefensión: “no me gusta participar porque, ¿y si me equivoco?, se van a burlar de mí”, “y si me sale mal” “me escondo para que no me hagan daño”. De esta manera se observa que, para el primer principio, desestima sus habilidades que le permiten afrontar una situación amenazante; y para el segundo principio, muestra incapacidad para defenderse o para encontrar una solución.

Así mismo, se observaron algunas distorsiones de pensamiento, tales como Minimización (subestima recursos propios y otros aspectos positivos de sí mismo): “no sé porque nunca puedo hacerlo bien”; Abstracción selectiva (enfoca su atención exclusivamente en sus debilidades y en los estímulos que le confirmen su expectativa): “hablan mal de mí, porque se secretean y no me quieren juntar”, “hablan de mí”; y Catastrofización (anticipa las peores

consecuencias): “no me suelto de mamá porque me pueden robar”, “y si ya no regresan por mí”, “y si algo malo les pasó” (Beck y Clark, 2012 citados en Cuceli, 2014).

Con esta evidencia, es posible sostener la teoría base del modelo cognitivo, ya que se confirma la existencia de pensamientos, creencias y significados distorsivos en una persona con ansiedad. De manera que, se reafirma la importancia de su modificación, para lograr, por consiguiente, la disminución de las manifestaciones fisiológicas y el cambio de conducta. Por ello, es importante entender, las demás bases dentro del modelo tridimensional, como lo son, los síntomas fisiológicos y conductuales.

En cuanto a los síntomas que destacan en la participante se encuentran, dolor de estómago, dolor de cabeza, taquicardia, sudoración, nerviosismo, evitación, irritabilidad, inquietud, temblores musculares, hipervigilancia, dificultad para dormir, dificultad para concentrarse, distracción y pensamientos como “los juguetes están vivos”, “la mano peluda existe”, “se burlan de mí”, “me da miedo estar sola”, “me da miedo la oscuridad”, además presentaba, miedo a las evaluaciones negativas, temor, olvido de cosas importantes y evaluaciones negativas y atemorizantes, así como conductas de evitación.

Con ello se puede decir que estas manifestaciones, afirman la existencia de una sintomatología ansiosa, y, además, se comprueba, que lo dicho por Ellis (2001) y por Beck, et al. (2014) es totalmente cierto, pues mencionan, que los síntomas más característicos de la ansiedad son, respiración acelerada, presión en el pecho, temblor muscular, insomnio, distorsión de pensamiento, impaciencia, inquietud, huida, falta de aire, dolor estomacal, sudores, miedo, percepción irreal, agitación, sensación de ahogo, entre otros.

Ahora bien, para brindar una explicación más detallada de los síntomas derivados de los Trastornos de Ansiedad, se mencionan aquellos, que, de acuerdo con los resultados de la evaluación, concuerdan con los que estaban presentes en “Meli” y con aquellos que fueron

modificados. Como ya se dijo, en la entrevista KSADS-PL, destacaron trastornos como el de Fobia social, Ansiedad Generalizada y Ansiedad por separación; y en el cuestionario CMASR-2, Ansiedad Social e Inquietud. De manera que, para la intervención, fue necesario centrar la atención principalmente en la modificación de los siguientes síntomas.

Como lo menciona el APA (2014), para el Trastorno de Ansiedad por separación, los síntomas significativos son: ansiedad excesiva ante el alejamiento del hogar, preocupación por el bienestar o la muerte de las personas, preocupación o miedo a situaciones como, perderse, ser secuestrados o sufrir un accidente. En este sentido, la participante, demostró tener dicha sintomatología al mencionar situaciones, como la negación a quedarse en casa de sus abuelitos, o bien visitar la casa de sus tíos, ya que, en estos momentos, era cuando ella, más presentaba pensamientos como “y si mis papás ya no regresan”, “y si algo malo les pasa”, así mismo se negaba a viajar a lugares extraños sin la compañía de su mamá o papá, mencionaba “no me suelto de mamá porque me puedo perder o me pueden robar”.

Finalmente, se notaba preocupación por la muerte de las personas, es decir, hablaba de la ausencia “de los que ya no están”, “pienso en que están aquí” y “me daría miedo que algo les pasara a mis papás”. Por ende, como lo dice Echeburúa (1997) “Meli” presentaba ansiedad por separación, debido a las manifestaciones de temor excesivo a que, las personas allegadas pudieran sufrir algún daño, o bien, a que se fueran y ya no volvieran. Con esto, se explica la firme resistencia a asistir a la escuela, así como el temor a estar sola o a dormir con la luz apagada o fuera de casa.

A lo anterior, se le puede agregar, que como lo dice el APA (2014) existan percepciones inusuales, como ver criaturas monstruosas o sentir la presencia de alguien que los mira fijamente. Como lo expresa “Meli”, “con la luz apagada veo sombras”, “veo que las cosas se mueven”.

Ahora bien, con relación a la Ansiedad Generalizada, Aldana (2009) citado en Martínez y cols. (2013) menciona, que algunos de los síntomas más significativos son, la preocupación por los logros académicos, la inseguridad, la dificultad para concentrarse, dificultad para dormir, y la perfección, como la insistencia a repetir sus trabajos si no se siente a gusto con lo realizado. La participante, presentó síntomas que corresponden a los anteriores, por ejemplo, le preocupaba que las notas escolares fueran altas, incluso podía mentir para evitar algún castigo, así mismo, prefería hacer dos veces sus trabajos en terapia, si estos no eran perfectos, ya que se preocupaba por la evaluación de sus padres, igualmente, se sentía insegura, al realizar o al contestar preguntas sencillas en las sesiones, lo que le provocaba cierta desconcentración, ya que buscaba siempre, responder de manera correcta.

Para terminar con los trastornos, está la Fobia social o ansiedad social, en esta, Beck et al. (2014) describe, que su principal característica es el temor persistente e irracional asociado a la evitación de situaciones en las que el individuo puede verse expuesto ante los demás, se tiene miedo a comportarse de una manera que pueda resultar humillante o embarazosa. Se da una fuerte ansiedad anticipatoria si se ve enfrentado a la necesidad de entrar en dicha situación y, por tanto, intenta evitarla. "Meli", demuestra lo anterior, con los resultados de la evaluación, con afirmaciones como "siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas", "tengo miedo de que los demás se rían de mí" y "en la escuela se burlan de mí", Así como también, lo expresa en sus palabras, "cuando me toca leer en voz alta, me da pena porque no quiero que se rían de mí".

Así, con el conocimiento de las manifestaciones, se puede entender mejor, cómo la mayoría de los síntomas, fueron modificados a raíz de la intervención con la Terapia de juego cognitivo conductual. Por ello, a partir de esta perspectiva, conviene señalar las estrategias que permitieron trabajar con la sintomatología de "Meli" a fin de demostrar su eficacia y explicar cada uno de los pasos dirigidos para cada una de las manifestaciones.

Partiendo del supuesto de que los niños con ansiedad tienen dificultad para controlar la presencia de cogniciones negativas, la Terapia cognitivo conductual se centra principalmente, en enseñarle al niño a refutar y a discutir sus cogniciones o pensamientos disfuncionales, a través de diversas técnicas que le permitan corroborar su validez y reevaluar sus habilidades de afrontamiento. Como proceso de intervención Gomar et al. (2009) propone seguir algunos pasos que aseguran el éxito del tratamiento: 1) Entrenamiento en el reconocimiento de emociones. 2) Identificación y monitoreo de pensamientos. 3) Reconocimiento de la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta.

En "Meli" se siguió un plan reconstruido a partir de éstos pasos, integrando diversas técnicas cognitivas, conductuales y de juego, ya que como lo menciona Schaefer (2012) la Terapia de juego cognitivo conductual proporciona las herramientas para que el niño, pueda cambiar su conducta a través del juego, motivando su participación en el tratamiento, aprendiendo a involucrarse en un ambiente "como si", creando personajes en otro tiempo y espacio. Interactuando con materiales de juego y reconstruyendo diálogos específicos referentes a sus experiencias de vida (Gomar, et al. 2009).

Para el entrenamiento en el reconocimiento de las emociones, Gomar et al. (2009) dice que el objetivo es lograr que el niño pueda reconocer, nombrar y diferenciar las emociones. Por lo tanto, para lograrlo, Tayeh, et al. (2016), recomienda aplicar la técnica de psicoeducación para que la participante, mediante una serie de actividades psicoeducativas le permitan completar el aprendizaje. De manera que, "Meli", mediante esta técnica, comenzó a reconocer día con día, cómo se sentía, y logró identificar en las personas e imágenes los gestos que indicaban emociones en los demás. Podía explicar el posible motivo de la emoción, o bien crear o imaginar situaciones por las que probablemente el personaje sentía felicidad, tristeza, enojo, etc.

Por lo tanto, la psicoeducación demuestra ser una de las técnicas más eficaces, en particular porque permite, adentrar al individuo en el entendimiento de, en este caso, la ansiedad. Entonces, siguiendo con esta estrategia, se continúa aplicando para comenzar con la identificación de las sensaciones en el cuerpo. Con ello, la participante, avanzó en el trabajo terapéutico, expresando no solo las emociones, sino también ligándolas con las sensaciones en su cuerpo. Aquí, también fue necesaria la aplicación de la observación y el modelado, ya que como lo indica Esquivel (2010), Bandura afirmaba la eficacia de la enseñanza, a través del modelamiento y la imitación, ayudando a integrar el aprendizaje al componente cognitivo. Siendo que, para “Meli” fue más sencillo, reconocer en su propio cuerpo las sensaciones, una vez que observó al personaje ficticio.

Para el siguiente paso, Gomar et al. (2009), expresa que la identificación y monitoreo de pensamientos automáticos, será posible mediante la reestructuración cognitiva, ya que promueve el auto cuestionamiento de los pensamientos automáticos, disfuncionales. Siendo que, a través de la técnica de auto instrucción, le sería posible reconocer los patrones de pensamientos automáticos. Lo anterior se ajusta, a lo aplicado en “Meli”, puesto que, se demostró que esta técnica es la más importante y reveladora en cuanto a la modificación y avance conductual, en la niña.

En otras palabras, la participante aprendió a reconocer sus cogniciones, a través de la aplicación de la reestructuración cognitiva; esto se logró a partir del cuestionamiento y la psicoeducación en cuanto a qué son los pensamientos de “alarma” (disfuncionales) y los pensamientos “sabios” (funcionales). Se planteaban preguntas que le permitieran cuestionarse la validez de sus suposiciones, por ejemplo, en la aseveración de que “los juguetes están vivos”, se le preguntaba “¿qué evidencia tienes?”, “cuántas veces lo has observado?”, “¿Qué otra cosa pudo pasar para que éstos se movieran de lugar?”, “¿pudo haber sido tu imaginación?”. De esta

manera, "Meli" gradualmente fue buscando nuevos pensamientos que respondieran esas preguntas.

De la misma manera, como lo menciona Gomar et al. (2009), el niño puede interpretar de distintas maneras diferentes situaciones, promoviendo el auto cuestionamiento de los pensamientos automáticos disfuncionales y generando alternativas flexibles y adaptativas. En "Meli" se trabajaron los demás síntomas, como la preocupación excesiva por la separación de los padres, y la negación a estar sola, o a pasar la noche en casa de algún familiar. Se aplicaban técnicas de monitoreo de pensamientos y se invitaba a cambiarlos por otros que, lograran hacerla sentir feliz. De esta forma, "Meli" pudo comenzar a ver, la relación entre sus emociones, sus sensaciones y sus pensamientos.

Así, se observó que, con el paso del tiempo, era más sencillo trabajar sus cogniciones, los diferenciaba y con ayuda de unas fichas de identificación de pensamientos, podía generalizar la mejora en otras áreas y en otras creencias. Esto mismo, se complementó con técnicas que le permitieran disminuir las sensaciones fisiológicas, aprendiendo las técnicas de relajación y respiración. De acuerdo con Rodríguez y Vetere (2011), para producir cambios internos en el niño y pueda hacer frente a diversas situaciones, pueden utilizarse además técnicas centradas en el control de la activación de las respuestas fisiológicas. Los principales entrenamientos son la Relajación muscular y la Respiración diafragmática.

El método de relajación progresiva de Jacobson, es sin duda, el más utilizado; la relajación es una técnica terapéutica adecuada en el control de la ansiedad, ya que su objetivo es enseñar al niño a relajar los músculos de modo que pueda identificar las sensaciones de tensión y distensión. Por otro lado, la respiración, es el complemento perfecto ya que permite reducir los niveles de ansiedad, mediante la experimentación y atención de las diferentes sensaciones en el cuerpo (Echeburúa, 1997).

Con la utilización de estas técnicas, fue posible como lo mencionan Rodríguez y Vetere (2011) activar la respiración rítmica y pausada en “Meli” logrando no solo la identificación de los síntomas fisiológicos, sino también que la participante pudiera prever la aparición de la ansiedad y comenzar a detener estas manifestaciones somáticas. Además, se logró que, mediante el Modelado simbólico, la niña aprendiera de manera útil y sencilla, a realizar cada una de éstas técnicas, puesto que, a partir de la observación de videos e imágenes, se le facilitó su reproducción posterior.

Ahora bien, para la última fase, Reconocimiento de la relación existente, entre pensamiento, emoción, sensación y conducta, fue óptimo trabajar con las técnicas de Psicoeducación, Resolución de problemas y Exposición. Puesto que, se inició educando a “Meli” acerca de cómo la ansiedad funciona como un ciclo constante; es decir, aprendió el “orden” en que cada elemento de la ansiedad aparece, haciéndolo aún más visible, con imágenes y cuadros sinópticos. Se complementó con las técnicas que mencionan Gomar et al. (2009) ya que, muestran a la participante cómo identificar el problema suscitador de ansiedad, y posteriormente pensar en posibles soluciones, para después probarlas y evaluar sus probabilidades de éxito. Gomar et al. (2009) considera que, esta técnica prepara al niño para estar listo, y solucionar paso a paso problemas importantes, en su vida cotidiana.

Tomando en cuenta los resultados de “Meli”, se puede afirmar, que la técnica de Resolución de problemas, completa las herramientas imprescindibles, para el control de la ansiedad; en otras palabras, esta herramienta, permitió que la participante concretara, un plan de acción completo, como prevención a cualquier situación ansiosa. En suma, con la técnica de Exposición se logró que tanto “Meli” como sus padres, pusieran en práctica lo aprendido, y evaluaran el plan de acción de su hija, para futuros eventos de ansiedad. Por lo que se comprueba, que lo dicho por Gomar et al. (2009) referente a dicha técnica, es completamente

cierto, ya que, gracias a ella, "Meli" logró enfrentar su ansiedad, desarrollando comportamientos adaptativos, en respuesta a estos estímulos, ayudándola a distinguir sus predicciones negativas.

Conclusiones

La elaboración de esta tesis tuvo como principal objetivo, diseñar e implementar un plan de intervención con base en la Terapia de juego cognitivo conductual para el tratamiento de la sintomatología ansiosa en una menor de siete años, para demostrar su eficacia en la disminución de la intensidad y frecuencia de sus manifestaciones ansiosas.

Por tanto, implementar el plan de intervención con bases cognitivo-conductuales y de juego, es una oportunidad para seguir dando soporte a los cimientos teóricos y metodológicos que se han venido demostrando a lo largo del tiempo. Así mismo refirmar con su realización, la importancia de comprender y tratar los trastornos de ansiedad a partir de sus primeras manifestaciones.

Al realizar el diseño de este programa, se encontró que las técnicas más eficaces en la disminución de los síntomas ansiosos son, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades sociales, el entrenamiento en reconocimiento de emociones, la relajación progresiva, respiración diafragmática y la técnica de resolución de problemas. Aunado a ellas, técnicas de juego como la utilización de títeres, peluches, desempeño con juego de roles, cuentos, realización de dibujos y actividades didácticas como el uso de la creatividad.

En este sentido es importante mencionar que, si bien la técnica de exposición es una excelente herramienta, esta puede tener su grado de dificultad, pues, al ser realizada por primera vez, puede establecer una situación algo complicada y difícil de llevar, por eso, es recomendable que se tenga un apoyo a la hora de realizarla, como un profesional con experiencia más amplia en el tema, o exponer al participante de una manera menos intensa, e ir integrando la técnica de manera gradual antes del último día. Esto es importante porque, a pesar de no haber existido

ningún inconveniente en la aplicación de esta tesis, existió un momento de tensión, y angustia, que de no haber podido solucionarse, las técnicas aprendidas, no habrían sido suficientes, y se habría presenciado un episodio de crisis, difícil de manejar.

Ahora bien, un punto interesante por mencionar es que en la aplicación de los instrumentos de evaluación fue necesario ocupar un tiempo mayor a dos horas, situación que, fue un poco incomoda tanto para el padre, la niña y la terapeuta. Por lo que una buena recomendación sería, estudiar con anterioridad las pruebas de modo que, puedan ser aplicadas de una manera más sencilla y práctica, pues, aunque se conozca, si es la primera vez que se realiza, puede haber apartados, con cierta incertidumbre y duda al momento de responder. Así, si va a utilizarse por ejemplo la prueba KSADS-PL, se recomienda tener, una libreta de anotaciones que le permitan observar de manera resumida los criterios y conocer si es o no necesaria la aplicación siguiente, esto, para no abrumar con demasiadas preguntas a los examinados.

Así mismo, una idea que puede ser útil en las sesiones es considerar la opción de tener más de una actividad con el mismo objetivo, ya que, en algunas ocasiones, era complicado que se cumpliera el propósito o que fueran del todo atractivas, ya que no mantenían la atención o no resultaban relevantes para la participante. Tal es el caso de la actividad para trabajar la solución de problemas, ya que se creó un plan de acción para poder enfrentarse a su ansiedad. Esta actividad, resultó un tanto confusa a la hora de vincular la situación con el pensamiento, la emoción y la conducta, pues cuando intentó crear su plan de acción, solamente se centró en las actividades que podían ayudarle a “no tener pensamientos de alarma”, así que fue necesario replantear el objetivo y explicar de nueva cuenta, lo que se pretendía, entonces se utilizó una actividad diferente, que sirvió para dejar más clara, “la cadena de la ansiedad”.

Entonces, es importante repasar cada actividad, y reconstruir el plan de intervención de acuerdo con lo que se va presentando en el camino, tener una base y también alternativas para

solucionar algún episodio como este. Así como estar preparados, para solucionar eventos de angustia que no se tienen contemplados, alguna situación como un familiar enfermo, la separación de los padres, etc., ya que, en esta investigación, se presentó una ocasión, en la que “Meli” aumentó sus manifestaciones de ansiedad, debido a que su abuelito fue hospitalizado, lo que ocasionó en ella, una disminución en la atención, un aumento en las manifestaciones fisiológicas, y que estuviera en constante alerta, fue por eso que la intervención se especificó ese día, en reducir los niveles de ansiedad con reestructuración cognitiva, y un poco de relajación.

Continuando con la aplicación del tratamiento, lo que se esperaba de este programa, era que mediante la utilización del juego y las técnicas de la terapia cognitivo conductual, la participante, disminuyera su sintomatología ansiosa, no solo la fisiológica, sino que se generalizaran los cambios en el aspecto cognitivo, conductual y que se extendieran en áreas como la escolar, la familiar y la social.

Es grato concluir que, se ha realizado una intervención exitosa, observando a partir de los resultados, una existencia menor de los síntomas, una disminución en la frecuencia y en la intensidad. Así mismo, mediante conductas y situaciones expresadas de manera abierta, ocasiones en las que “Meli”, pasó la noche en casa de sus abuelos, se quedaba sola en casa sin hacer rabietas, asistiendo a la escuela todos los días, durmiendo con la luz apagada, disminuyendo las noches de insomnio, pesadillas y mejorando su rendimiento académico.

De la misma manera se puede agregar, que con este plan de intervención “Meli” logró identificar sus distorsiones cognitivas, aprendió a confrontarlas, adquirió nuevas habilidades, reconoció sus reacciones somáticas, desarrolló estrategias de afrontamiento, reevaluó los resultados y clarificó los pensamientos o cogniciones provocadas en diferentes situaciones. Así mismo, desarrolló habilidades de comunicación que le permitieron expresar sus estados afectivos, comunicar ideas y expresar imágenes distorsionadas o negativas.

Con lo anterior, se puede responder a la pregunta principal de esta investigación, ¿El plan de intervención diseñado con base en la Terapia de juego cognitivo conductual es eficaz en la disminución de la sintomatología ansiosa en una menor de siete años de edad? La respuesta a esta cuestión es afirmativa. El programa diseñado es eficaz en la disminución de las manifestaciones ansiosas, puede ser aplicado siempre con bases teóricas sólidas, siguiendo el esquema principal de cada una de las actividades y adaptando al tiempo y a las circunstancias, cada una de las actividades descritas en esta tesis. Por tanto, este plan puede utilizarse en investigaciones futuras, con evidencia de que será funcional y exitoso.

A manera de conclusión final, se deben expresar algunas ideas importantes sobre la existencia de estos trastornos de ansiedad en la infancia. Primeramente, hay que considerar que es decisivo el momento de identificación de los primeros síntomas, a fin tomar acción y permitir, una preparación en su tratamiento, así como una psicoeducación en el tema, un reconocimiento en cuanto a la información que se encuentra de manera fácil, y que no siempre, es verídica.

En otras palabras, sería interesante actuar con algún método de prevención haciendo contenido de calidad que pueda utilizarse no solo en el consultorio, compartiendo libros, materiales didácticos o incluso videos que puedan reproducirse en redes sociales, con el objetivo de informar de manera clara y rápida sobre este tema, al que muchas veces no se le da la importancia que merece, o que no se le brinda la atención necesaria. Así como también, motivar la enseñanza del reconocimiento de emociones, no únicamente en las aulas, sino en la población en general, centrarse en combatir la desinformación en cuanto a la salud mental, preparar a las personas, mostrar otras herramientas que ayuden a enfrentar situaciones de manera funcional y eficaz.

Finalmente, con este tipo de investigaciones, siempre se podrá demostrar, que la preparación, la entrega y el amor por la psicología, seguirá guiando a muchos profesionales, a

continuar innovando y adaptando las bases teórico-metodológicas y añadir, nuevos cimientos, que impulsen a nuevas generaciones.

Referencias

- Aguilar, D. (2018). *Trastorno de ansiedad por separación: Duelo infantil. Diagnóstico y tratamiento*. México: Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- American Psychiatric Association. (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona: Masson.
- Aragón, L. E. (2015). *Evaluación Psicológica. Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. México: Manual Moderno.
- Ballesteros, M., & Sarmiento, J. (2013). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: comparación entre tratamientos farmacológicos y terapias psicológicas. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica y Práctica*, 3(2), 184-195.
- Beck, A. T., & Clark, D. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: ciencia y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (2014). *Trastornos de Ansiedad y Fobias. Una perspectiva cognitiva*. España: Desclée de Brouwer.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.

- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2009). *Manual de terapia cognitiva comportamental con niños y adolescentes. Aportes Técnicos*. Buenos Aires: Akadia.
- Caballo, V. E., & Simón, M. Á. (2013). *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos generales*. Madrid: Pirámide.
- Camili, C., & Rodríguez, A. (2008). Fobia social y terapia cognitivo-conductual: definición, evaluación y tratamiento. *Anales de la universidad metropolitana*, 8(1), 115-137.
- Caraveo, J., & Martínez, N. (2019). Salud mental infantil: una prioridad a considerar. *Salud pública de México*, 61(4), 514-523.
- Coca, A. (2013). *La ansiedad infantil desde el análisis transaccional*. México: Tesis Doctoral. UNED.
- Csóti, M. (2011). *Fobia escolar, ataques de pánico y ansiedad en niños*. Londres: Lumen.
- Cuceli, C. (2014). La ansiedad, aspectos teóricos y clínicos. Perspectiva cognitivo comportamental. *Signos Universitarios*, 21(38), 73-87.
- Echeburúa, E. (1997). *Trastornos de Ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2009). *Trastornos de ansiedad en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Ellis, A. (2001). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A., & Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Esparza, N., & Rodríguez, M. C. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 5(1), 47-64.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego*. México: Manual Moderno.
- Fernández, A., Aparicio, M. d., Hernández, M. J., & Urrea, M. E. (2018). Ansiedad por separación: Validez y Fiabilidad de Instrumentos de Evaluación. *INFAD Revista de Psicología*, 1-9.
- Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, D., & Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 10(5), 466-479.
- Flora, M. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 47(4), 303-314.
- Gaeta, L., & Martínez-Otero, V. (2014). La ansiedad en alumnos mexicanos de primaria: variables personales, escolares y familiares. *Revista Iberoamericana de Educación* (66), 45-58.
- García, M. P., & Sanz, J. (2016). *Tratamiento de los trastornos depresivos y de ansiedad en niños y adolescentes. De la Investigación a la Consulta*. Madrid: Pirámide.
- Gaudencio, C. W. (1997). *Estudio transcultural de la ansiedad: Adaptación del ISRA a la población brasileña*. Madrid: Tesis Doctoral.
- Gil-Bernal, F., & Hernández-Guzmán, L. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual para niños mexicanos con fobia social. *Anuario de psicología.*, 40(1), 89-104.

- Gomar, M., Mandil, J., & Bunge, E. (2010). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual con Niños y Adolescentes*. Buenos Aires: Polemos.
- Gondra, J. M. (2007). O.H. Mowrer (1907-1982), de la Teoría del Aprendizaje a los Grupos de Integridad. *Revista de Historia de la Psicología*, 28(2/3), 11-17.
- González, L., & Martínez-Otero, V. (2014). La ansiedad en alumnos mexicanos de primaria: variables personales, escolares y familiares. *Revista Iberoamericana de Educación*, 66, 45-58.
- Gutiérrez, A. V., Gutiérrez, M., Méndez, C., & Riveros, A. (2018). Tratamiento cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil. *Psicología y Salud*, 28(2), 177-186.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill Education.
- Jadue, G. (2001). Algunos efectos de la ansiedad en el rendimiento escolar. *Estudios Pedagógicos*, 27, 111-118.
- Jaimes, J. J. (2017). *Evaluación e intervención de ansiedad infantil desde el enfoque cognitivo conductual: un estudio de caso*. Barranquilla: Tesis de Maestría. Universidad Norte.
- Jalenques, I., Lachal, C., & Coudert, A.-J. (1993). *Los cuadros de ansiedad en el niño*. España: Masson.
- Jiménez, c. (2018). *Diseño de un programa de intervención para reducir la ansiedad en niños escolarizados en primaria*. Sevilla.: Trabajo de fin de curso. Universidad de Sevilla.

- Kendall, P., & Kosovsky, R. (2010). *El gato valiente: cuaderno de actividades*. Buenos Aires: Akadia.
- Knell, S. (2012). Terapia de juego cognitivo-conductual. En C. E. Schaefer, *Fundamentos de Terapia de Juego* (págs. 313-329). México: Manual Moderno.
- López, S. (2017). *Trastornos de ansiedad de presentación en la infancia y adolescencia: efectos cognitivos, emocionales y conductuales; y directrices generales de la intervención desde la postura cognitiva conductual*. México: Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Mamani, L. (2018). *La ansiedad infantil y su correlación con el rendimiento académico de los estudiantes del primer grado de educación primaria de la institución educativa N° 40670, el edén fé y alegría 51, cerro colorado, Arequipa, 2018*. Perú: Tesis de Especialidad. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.
- Marcías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., & Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Centro de investigaciones cerebrales.*, sp.
- Marín-Ramírez, A. H., Martínez-Díaz, G. J., & Ávila-Avilés, J. M. (2015). Detección de sintomatología de ansiedad social y factores asociados en adolescentes de Motul, Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 23-31.
- Martínez, M., & Nelson, D. (2011). Trastornos de ansiedad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 44(3), 101-107.

- Martínez, A., Argüelles, A. R., Cuy, J. M., & Prieto, Y. A. (2013). *Programa para el manejo de la ansiedad en niños en condiciones de vulnerabilidad*. Colombia: Trabajo de Grado. Universidad de Colombia.
- McClure, J. M., & Friedberg, R. D. (2011). *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*. Barcelona: Paidós.
- Méndez, X. (2013). *Miedos y temores en la infancia. Ayudar a los niños a superarlos*. Madrid: Pirámide.
- O' Connor, K., Schaefer, C., & Braverman, L. (2017). *Manual de Terapia de Juego*. México: Manual Moderno.
- OMS. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*. Ginebra: OMS.
- Orgilés, M., Méndez, X., Inglés, A., & Cándido, J. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: Un análisis de su eficacia. *Anales de psicología*, 193-204.
- Perales, G., & Peris, S. (2017). Actualización de la ansiedad en la edad pediátrica. *Pediatría Integral*, 21(1), 39-46.
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española, Real Academia Española* (23 ed.). Madrid: Planeta Publishing Corporation. Obtenido de <https://dle.rae.es/sintomatolog%C3%ADa?m=form>
- Reynolds, C., & Richmond, B. (2012). *Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada CMASR-2*. México: Manual Moderno.

- Ricardo-Garcell, J., Galindo, G., Serra, E., & De la Peña, F. (2004). Hallazgos clínicos relacionados con la selección de un grupo control para el estudio del Trastorno por Déficit de Atención. *Salud Mental, 27*(4), 1-5.
- Rodríguez, R., & Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitivo Conductual*. Buenos Aires: Polemos.
- Ruíz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A., Sánchez-Meca, J., Méndez, X., & Olivares, J. (2002). Ansiedad Generalizada, Ansiedad por Separación y Fobia Social: El Predominio de la Terapia cognitivo conductual. *Psicología Conductual, 10*(3), 503-521.
- Schaefer, C. (1994). Terapia de juego para el trauma psíquico en niños. En O. y. Schaefer, *Manual de terapia de juego* (págs. 297-318). México: Manual Moderno.
- Schaefer, C. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno.
- Secretaría de Salud. (2013). *Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018*. México: Salud Mental.
- Tayeh, P., Agámez, P. M., & Chaskel, R. (2016). Trastornos de ansiedad en la infancia y la adolescencia. *Precop SCP, 6*-18.
- Urgiles, M. (2015). *La terapia de juego y sus consecuencias en el trastorno de ansiedad infantil en niños de 6 a 8 años que reciben atención psicológica en el hospital municipal de "Nuestra señora de la Merced"*. Ecuador: Informe de investigación. Universidad católica del Ecuador.

Valderrama, L. (2016). *Problemas de ansiedad en niños y adolescentes y su relación con variables cognitivas disfuncionales*. Málaga: Tesis Doctoral. Universidad de Málaga.

Virgen, R., Lara, A., Morales, G., & Villaseñor, S. (2005). Los trastornos de Ansiedad. *Revista Digital Universitaria*, 6(11), 2-11.

Yáñez, C., & García, R. (2013). Instrumentos actuales para la medición de la bipolaridad en la infancia y adolescencia: análisis de sus aspectos metodológicos. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(3), 211-220.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado.

Consentimiento Informado para Participar en una Investigación

Título del proyecto:

Terapia de juego cognitivo conductual: Plan de intervención para niños con ansiedad.

Investigador principal: Linda Katherine Nájera Castillo.

Lugar donde se realizará el estudio: Santiago Tianguistenco, Edo. De México.
CP. 52600

Nombre del participante: Melissa

Por este medio, se le invita a participar en la realización de esta investigación, por ello antes de tomar una decisión sobre su participación, es importante que usted conozca y comprenda la siguiente información sobre la investigación. Por favor pregunte sobre cualquier duda o información que desee conocer.

Su consentimiento para participar en la presente investigación se dará por entendido al firmar y recibir una copia de la presente forma.

Justificación del Estudio

Se ha detectado que, en las últimas décadas, la ansiedad y los trastornos emocionales han estado presentes de manera significativa en niños y adolescents. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Psiquiatría realizada en 2018 la incidencia aumentó de un 15% en trastornos de ansiedad a un 24.7% en niños (Secretaría de Salud, 2018).

De acuerdo con la literatura, se ha demostrado la importancia de poder intervenir en los trastornos de ansiedad en la niñez, principalmente porque la prevalencia ha ido en aumento y porque es en demasía, el desconocimiento de las primeras manifestaciones. Ello sin olvidar, que las consecuencias a corto y largo plazo, son una pieza clave dentro de la necesidad de tratar de manera oportuna estos trastornos. Tanto las manifestaciones cognitivas, como las fisiológicas y conductuales son importantes para determinar si el funcionamiento del niño está siendo afectado.

Por tanto, si el niño no cuenta con las habilidades necesarias para aprender a manejar su ansiedad, puede verse afectado negativamente y puede presentar problemas en la adolescencia e interferir, por ejemplo, en las relaciones interpersonales, hasta el punto de verse arrastrado hacia el consumo abusivo de alcohol u otras drogas, entre otros riesgos como el suicidio (González y Martínez-Otero, 2014).

Por ello, puesto que los trastornos de ansiedad son alteraciones que repercuten de forma considerable en la vida del niño y en su entorno, surge la necesidad de intervenir a edades tempranas. Actualmente, se ha demostrado, que la terapia cognitivo conductual puede ser una alternativa importante para el tratamiento de los síntomas ansiosos, ya que, en las revisiones más recientes, ha demostrado su eficacia en el tratamiento de múltiples trastornos de ansiedad.

Objetivo del Estudio

Diseñar e implementar un plan de intervención en terapia de juego cognitivo conductual para el tratamiento de la sintomatología ansiosa en una niña de siete años de edad.

Beneficios del Estudio

Con la aplicación del plan de intervención de terapia de juego cognitivo conductual se verán significativamente disminuidos los síntomas de ansiedad que presenta “Melissa”.

Procedimiento del Estudio

El plan de intervención se construye con actividades que permitan trabajar con la sintomatología ansiosa de la participante, se diseñan actividades y juegos, acorde a su desarrollo, gustos y preferencias, además de que se podrán incluir a manera de refuerzo algunas de las actividades del cuaderno de actividades “El Gato valiente” Kendall y Kosovsky (2010) y del libro “Terapia cognitiva con niños y adolescentes, aportes técnicos” (Bunge, et. al. 2009). Dichas actividades no se utilizarán de manera idéntica ya que podrán ser modificadas de acuerdo a las necesidades del niño.

El programa se divide en 12 sesiones, dentro de las cuales, 2 de ellas estarán destinadas a la evaluación inicial del proceso de intervención. Se utilizarán 2 instrumentos estandarizados, uno de ellos será el Test KSADS-PL con traducción al español y el segundo será el Cuestionario CMAS-R para niños. Ambos arrojan resultados específicos para la identificación de la sintomatología ansiosa y otros trastornos.

Para las 10 sesiones restantes, se destinarán 2 para un proceso de psicoeducación en donde la participante aprenderá lo más característico de la ansiedad, emociones y situaciones que pueden estar influyendo en la aparición de la sintomatología; 2 sesiones más serán dedicadas a los síntomas fisiológicos y se trabajará con la identificación de las sensaciones en el cuerpo y la relajación progresiva, así como la respiración diafragmática; las siguientes 2 sesiones se basarán en la identificación y reestructuración de pensamientos, así mismo en la exposición a situaciones hipotéticas y la construcción de nuevas cogniciones de afrontamiento; las 2 sesiones siguientes estarán direccionadas a la practica de las distintas habilidades aprendidas con anterioridad, esto con la finalidad de prevenir futuras recaídas; finalizando con 2 sesiones más para cerrar el tratamiento y para realizar la evaluación final y establecer la eficacia del programa de intervención.

Riesgos o Molestias Asociados con el Estudio

Es importante mencionar que los datos serán analizados estadísticamente y se trabajarán en conjunto con otros participantes, de la misma forma que podrán ser publicados con fines científicos y de investigación, por lo que serán confidenciales y anónimos.

Así también, será de su total conocimiento la realización de videos y/o audios que pudieran requerirse durante la realización del proyecto, para así pasar a la entrega y eliminación correspondiente de los mismos al finalizar el tratamiento.

Observaciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar participar.
- Recibirá respuesta a cualquier pregunta, duda y aclaración acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación antes, durante y después de la investigación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, solo se le pedirá que informe las razones de su decisión, la cual será respetada.
- Su participación en la investigación no tiene costo económico.
- En el transcurso del estudio podrá solicitar información actualizada sobre el mismo al investigador responsable.
- La información que usted proporcione (nombre, datos de contacto, antecedentes, etcétera), así como los resultados de su participación serán tratados con estricto apego confidencial y se encontrarán bajo resguardo de los investigadores.
- En caso de que se requiera de audio grabar o realizar un video de una o más sesiones, se les dará aviso con anticipación para consentir la participación de “Melissa”.

Este estudio ha sido avalado por la Dra. Carolina Santillán Torres Torija. Profesora de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

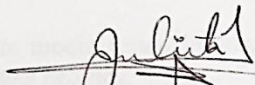
Carta de Consentimiento Informado

Yo, Jonathan [redacted] comprendo la información anterior y mis preguntas han sido contestadas de manera satisfactoria. También me han informado que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Acepto participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada de esta forma de consentimiento.



Firma del participante o representante Legal

Abril / 2020
Fecha

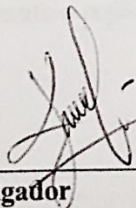


Testigo (Firma, nombre y relación con el participante)

Abril / 2020
Fecha

Investigador responsable:

He explicado al Sr. Jonathan [redacted] y la Sra. Julieta [redacted], padres de "Melissa", en qué consiste el estudio, cuáles son sus objetivos, los riesgos y beneficios que implica su participación. Declaro que conozco la normatividad para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.



Firma del investigador

Abril / 2020
Fecha

Anexo 2. Infografía.

¿Sabes qué es la ANSIEDAD infantil?



La **ANSIEDAD INFANTIL** es una respuesta que prepara al niño para reaccionar y adaptarse a cierto tipo de amenazas, ya sean reales o imaginarias que aparecen, ante una situación de alerta o de peligro.

Su aparición trae consigo síntomas que pueden afectar su funcionamiento en actividades cotidianas, como en la escuela, en casa o incluso durante sus juegos.

¿Sabías qué...

de acuerdo a la Encuesta Nacional de Psiquiatría realizada en México el 2018, el 8% de la población infantil presentó algún trastorno de ansiedad?



¡Presta atención a éstos síntomas!

- Preocupaciones excesivas.
- Pensamientos y percepciones de que algo malo va a suceder.
- Resistencia para ir a la escuela.
- Temor a la oscuridad.
- Problemas de sueño
- Inquietud
- Vómito y/o dolor de estómago.
- Temor a hablar en público.
- Resistencia a quedarse solo.



¿Cómo puedo saber si mi hijo (a) tiene ansiedad?



¿TU HIJO (A) PRESENTA ESTA SINTOMATOLOGÍA?

La **UNAM** está realizando un estudio sobre **ansiedad infantil**, que requiere de la participación de algunos niños que presentan éstos síntomas. Se realizará una evaluación y una intervención psicoterapéutica sin costo. La intervención será solamente con fines académicos y estará basada en el enfoque Cognitivo Conductual, que ha dado resultados excelentes en la disminución de éstos síntomas. **¡INFORMATE!**

¿Te gustaría que tu hijo (a) participe?
Pide información sin costo al **5513407431**
Psic. Linda Katherine Nájera Castillo.